Die Münchener Medicin. Wochenschrift erscheint wöchentlich in Nummern von mindestens 2 Bogen. Preis vierteljährig 5 ℳ, praenumerando zahlbar. Einzelne Nummer 60 ₰.

Zusendungen sind zu adressiren: Für die Redaction, Karlstrasse 8. — Für Abonnement an Jos. Ant. Finsterlin, Salvatorstr. 21. — Für Inserate u. Beilagen an Rudolf Mosse, Promenadeplatz 16.

MÜNCHENER MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

(FRÜHER ÄRZTLICHES INTELLIGENZ-BLATT)

ORGAN FÜR AMTLICHE UND PRAKTISCHE ÄRZTE.

Herausgegeben von

Dr. Bollinger, München. Dr. Heineke, Erlangen. Dr. G. Merkel, Nürnberg. Dr. Michel, Würzburg. Dr. H. Ranke, München. Dr. v. Schleiss, München. Dr. Seitz, München. Dr. Winckel, München.

№ 26. 1. Juli. 1890. Redacteur: Dr. B. Spatz, Karlstrasse 8. Verlag: Jos. Ant. Finsterlin, Salvatorstr. 21. 37. Jahrgang.

Originalien.

Ueber fieberlose Scarlatina.

Von Hofrath Dr. *Wertheimber.*

Giebt es einen fieberlosen Scharlach? — Trotz der massenhaften Literatur über diese Krankheitsform sind doch nur wenige Autoren an die gestellte Frage näher herangetreten und zu einer endgültigen Lösung ist dieselbe bis heute noch nicht gelangt. Allgemein anerkannt ist die Thatsache, dass es Fälle von rudimentärem Scharlach giebt, welche anscheinend fieberlos verlaufen. In anderen Fällen, die sich der Beobachtung gänzlich entziehen, sind Exanthem und alle übrigen Begleiterscheinungen so flüchtig und so schwach entwickelt, das Gesammtbefinden des Ergriffenen so wenig getrübt, dass die Erkrankung sowohl vom Patienten selbst als von dessen Angehörigen völlig übersehen wird; hier sind es dann manchmal die späterhin auftretenden Folgezustände (Spuren von Desquamation, Nephritis und Anasarka etc.), welche mit Sicherheit darauf hinweisen, dass eine Scarlatina vorhergegangen ist. Weiterhin wäre an die nicht allzu seltenen Fälle zu erinnern, in welchen nach einem mehr oder minder lebhaften Initialfieber der ganze fernere Verlauf der Krankheit sich fieberlos gestaltet, so dass schon vom zweiten Tage ab, nach vollendeter Eruption und bei floridem Exanthem, die Normaltemperatur wiederkehrt. Zu den seltensten Ausnahmen gehört das umgekehrte Verhältniss: Ausbruch des Exanthems bei mangelndem Fieber und Auftreten dieses Letzteren mit der fortschreitenden Entwickelung des Ausschlags.

Aber alle diese Vorkommnisse geben noch keinen bestimmten Aufschluss hinsichtlich der oben beregten Frage: ob es nämlich Fälle giebt, in welchen bei Anwesenheit, wenn auch spärlicher Ausbildung der cardinalen Scharlachsymptome das Fieber vom Beginn bis zum Ablauf des Krankheitsprocesses vollständig oder nahezu vollständig vermisst wird. Sicher constatirte Fälle dieser Art, d. h. solche, welche unter genauen Temperatur-Messungen verfolgt wurden, liegen meines Wissens bisher nicht vor. Einzelne von Henoch aufgeführte Fälle kommen dem afebrilen Scharlach sehr nahe; auch von Roger[1]) wird ein Fall mitgetheilt, in dessen Verlauf die Temperatur sich zu keiner Zeit über 38,0 erhoben hat; Bohn[2]) erwähnt gleichfalls, dass er Scharlach-Kranke gesehen habe, bei welchen das Thermometer unter floridem Exanthem kein Fieber erwiesen und dasselbe »angeblich« auch vorher gefehlt habe.

Mir selbst war in den letztverflossenen Jahren die Gelegenheit geboten, zwei einschlägige Krankheitsfälle von ihrem Entstehen ab auf's Genaueste zu beobachten; und diese beiden Fälle sind für die vorliegende Frage um so entscheidender, da sie von Umständen begleitet waren, welche die unter den fraglichen Verhältnissen immerhin mit Vorsicht zu stellende Diagnose wesentlich bestärkten.

Der erste Fall betraf den 7jährigen Knaben Carl N. Als derselbe eines Morgens sich zum Schulbesuch bereit machte, bemerkte dessen Mutter zufällig an der Vorderfläche seines Halses und am oberen Theile der Brust eine auffallende Röthe, welche sie veranlasste, das Kind zu Hause zu halten und ärztlichen Rath zu erholen. Am Vormittag desselben Tages ergab sich folgender Befund: Von einiger Entfernung gesehen, erschienen Hals, Brust, Schultern und oberer Theil des Rückens wie mit einem blassrothen diffusen Erythem überzogen; bei der Betrachtung in der Nähe zeigte sich jedoch, dass die genannten Theile mit kleinen, dicht-gedrängt stehenden, lichtrothen Punkten übersäet waren; Tonsillen gleichmässig geröthet, nicht vergrössert; einzelne Stellen des Velum sowie Spitze und Ränder der Zunge gleichfalls geröthet; die Lymphdrüsen hinter dem Kieferwinkel weder geschwollen, noch gegen Druck empfindlich; keine Klage über Halsschmerzen oder Schlingbeschwerden. Abends hatte sich das Exanthem zum Theil über das Abdomen und den Rücken weiter ausgebreitet; an den Extremitäten war es nur auf der Beugefläche der Vorderarme sowie in der Umgebung der Ellbogen- und Kniegelenkfalten sichtbar; auch an den nächstfolgenden Tagen blieb es auf die erwähnten Strecken beschränkt und am Morgen des 4. Tages war es bereits allenthalben verblasst; desgleichen waren die geringfügigen pharyngitischen Erscheinungen zurückgegangen. Am 9. Tage wurde eine feine, kleienförmige Abschuppung, vornehmlich auf den Beugeflächen der Vorderarme bemerkbar. Während der ganzen Dauer der Erkrankung bestand völlige Euphorie, so dass der Knabe sowohl gegen das Verbleiben im Bette wie gegen jede diätetische Einschränkung fortwährend auf's Lebhafteste protestirte. Auch der weitere Verlauf blieb frei von jeglicher Störung; die bis gegen Ende der vierten Woche von Zeit zu Zeit vorgenommenen Untersuchungen des Urins erwiesen denselben stets frei von Eiweiss.

Temperatur-Messungen und Pulszählungen hatten ergeben:

Am 1. Tage	Vormittags	Abends	Puls
	37,7	37,8	120
» 2. Tage	Morgens		
	37,6	37,8	125
» 3. »	37,6	37,7	116
» 4. »	37,3	37,5	96

Am vierten Tage nach der Erkrankung des Carl N. wurde dessen 5jährige Schwester von einem vollkommen typischen Scharlach befallen unter Verhältnissen, welche eine andere Infectionsquelle als die eben angeführte nahezu mit Gewissheit als ausgeschlossen erscheinen liessen.

Der zweite Fall, ein 6½jähriges Mädchen betreffend, glich in den wesentlichsten Zügen dem vorerwähnten. Hier jedoch hatte die Temperatur im Verlaufe der Erkrankung einmal und zwar am Abend des zweiten Tages sich zu der subfebrilen Höhe von 38,1 erhoben, während sie zu allen anderen Zeitpunkten sich stets etwas unter 38,0 erhalten hatte. Gleichwie im vorigen Falle war auch in diesem das subjective Wohlbefinden des Kindes ein vollkommen ungetrübtes und blieb auch so, als sich am 17. Tage der Erkrankung Albuminurie einstellte, welche, ohne gleichzeitige Abnahme der Harnmenge, zeitweilig auftretend und zeitweilig wieder verschwindend, nach Verlauf einer Woche gänzlich beseitigt war.

Es giebt unter den Infectionskrankheiten nur wenige, welche so mannigfaltige Abweichungen von ihrem Grundtypus darbieten, in welchen die Extreme der Abstufung so weit auseinander liegen wie im Scharlach. Welcher grelle Abstand zwischen dem fast fieberfreien, mit ungetrübtem Allgemeinbefinden einhergehenden Scharlach und jenen fulminanten Fällen, die gleichsam mit der Agonie beginnen und binnen weniger Tage, ja selbst schon nach 36 stündiger Dauer, zum tödtlichen Ausgang führen!

In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle ist die Diagnose des Scharlachs bekanntlich eine so leichte, dass sie meist schon von den Angehörigen des Kranken gestellt wird. Anders verhält es sich in den uns hier beschäftigenden Fällen: die kaum merklich erhöhte Körperwärme, die schwache Ausbildung und

[1]) Manuel des maladies de l'enfance par d'Espine et Picot.
[2]) Gerhardt's Handbuch der Kinderkrankheiten, II.

insbesondere die Flüchtigkeit des Exanthems, die wenig ausgeprägten Veränderungen im Pharynx und in der Mundhöhle — alles dies ist wohl geeignet, die Erkenntniss der Erkrankung mitunter erheblich zu erschweren. Von hohem Werthe fand ich hier ein Symptom, welches ich auch in den leichtesten Fällen nur selten vermisst habe: die mangelnde Uebereinstimmung zwischen Temperatur und Pulsfrequenz — d. h. die beträchtliche Beschleunigung des Pulses gegenüber einer Körperwärme, welche die Normaltemperatur wenig überschreitet. Indess kommen doch hin und wieder Fälle zur Beobachtung, in welchen trotz sorgfältigster Zusammenfassung und Abwägung der Erscheinungen die Diagnose auf Scharlach mit voller Sicherheit nicht gestellt werden kann, wie namentlich dort, wo durch frühzeitiges Verschwinden des Exanthems die ohnehin schon matten Farben des Krankheitsbildes allzu rasch verwischt werden. Von welchem Belang es aber ist, die Krankheit auch in ihrer mildesten Gestalt richtig zu erkennen, bedarf keines besonderen Hinweises. Denn nur auf dieser Erkenntniss beruht die Möglichkeit, den Patienten im Hinblick auf gewisse Nachkrankheiten vor einem unzweckmässigen Verhalten zu schützen und die Gefahr der Uebertragung, insoweit es an uns liegt, zu verhüten.

Ueber die Niere des Amphioxus.

Von Privatdocent Dr. *Boveri*.

(Vortrag, gehalten in der Gesellschaft für Morphologie und Physiologie in München am 3. Juni 1890.)

Meine Herren! Es ist bekannt, dass beim Amphioxus bis jetzt keine Nieren nachgewiesen werden konnten, obgleich bei der fundamentalen Bedeutung, welche diesem Nachweis für die Beurtheilung der phylogenetischen Stellung des Amphioxus zukommen müsste, nach solchen Organen sehr eifrig und gewiss noch mehr, als man allgemein weiss, gesucht worden ist. Auch mich beschäftigt dieses Problem seit längerer Zeit, und wenn auch meine Bemühungen zunächst durchaus vergebliche waren, gelangte ich doch durch das Studium der einschlägigen Fragen immer mehr zu der Ueberzeugung, dass die Lösung gefunden werden müsse. Was mich darin besonders bestärkte, waren die gleichzeitig von Hatschek und Rabl[1]) mitgetheilten, von dem ersteren am Amphioxus, von dem letzteren bei den Cranioten festgestellten Differencirungen des Mesoblast, welche eine höchst überraschende, bis in's Einzelne verfolgbare Homologie ergaben und die Vermuthung nahe legten, dass auch für diejenigen Mesoblastderivate der Cranioten, welche Hatschek in seiner kurzen Mittheilung ausser Betracht gelassen hatte (Urnierencanälchen), beim Amphioxus die Homologa vorhanden sein dürften. Es war jedoch erst das Studium der neuesten Arbeiten über die Entstehung der Excretionsorgane bei den Selachiern, besonders aber der vorzüglichen Untersuchungen von Rückert[2]) über diesen Gegenstand, wodurch meine Bestrebungen festere Gestalt gewannen. Die Resultate dieser Untersuchungen brachten mich nämlich auf den Gedanken, dass wir die Homologa für den grössten Theil des primitiven Nierensystems der Cranioten: Urnierengang und Urnierenkanälchen, beim Amphioxus nicht erst zu entdecken hätten, sondern dass dieselben in längst bekannten Theilen desselben zu erkennen seien. Und da nun diese Idee mich weiterhin dazu führte, an einer bestimmten Stelle beim Amphioxus nach Vornierencanälchen zu suchen und derartige Bildungen an eben dieser Stelle in der That zu finden, so möchte ich mir nicht versagen, den Weg von der Hypothese zu den Thatsachen auch bei der Darstellung dieses Fundes einzuschlagen.

Nach der wichtigen Entdeckung Rückert's finden sich die Urgeschlechtszellen bei Selachierembryonen auf gewissen Stadien im segmentirten Mesoblast, die Geschlechtsdrüse ist also bei ihrem ersten Auftreten segmental. Der Abschnitt des Mesoblast, in welchem die Urkeimzellen liegen, ist Rückert's Gono-Nephrotom, aus dessen dorsalem Theil später die Urnierenkanälchen werden, während der ventrale Theil in die unsegmentirte Leibeshöhle einbezogen wird, wodurch eben auch die ursprüngliche Metamerie der Geschlechtsdrüse verschwindet. Wie Rückert selbst schon hervorgehoben hat, erinnert diese vorübergehende Segmentirung an den beim Amphioxus dauernden Zustand, und es fragt sich nun, ob dieser Uebereinstimmung eine tiefere Bedeutung beigemessen werden darf. Beim ausgebildeten Amphioxus treffen wir die Geschlechtszellen in segmentalen Kammern an, welche an der lateralen Wand des Peribranchialraumes auf einander folgen und von der Leibeshöhle vollkommen abgeschlossen sind (Fig. 1 A). Ich finde jedoch an allen guten Querschnitten, dass zwischen diesen Genitalkammern und dem jederseits über dem Peribranchialraum gelegenen Leibeshöhlenabschnitt in der von dem Ectoderm des Peribranchialraumes überzogenen Cutisgallerte[3]) eine zum Theil deutlich doppelte Schicht platter Zellen verfolgt werden kann, welche, der Entodermlamelle der Medusen analog, die Genitalkammern morphologisch als segmentale Blindsäcke der Leibeshöhle erscheinen lässt, was sie bei ihrer leider noch unbekannten Entwicklung wohl thatsächlich sein werden.[4]) Da nun die Urnierenkanälchen der Selachier auf einem gewissen Stadium gleichfalls nichts anderes sind als blinde segmentale Leibeshöhlendivertikel (Fig. 2 A), so glaubte ich eine Homologie beider Bildungen in Erwägung ziehen zu dürfen; und dies umsomehr, als die sehr eigenartige Entstehung der Urnierenkanälchen[5]) mit Entschiedenheit darauf hinweist, dass es sich bei der phylogenetischen Entwicklung dieser Organe zunächst nicht um die Herstellung einer Communication zwischen Leibeshöhle und Urnierengang gehandelt haben kann, sondern dass das Primäre der Blindsack war, der als solcher bei gewissen Vorfahren der Cranioten bereits eine Function besessen haben muss.

Als ich nun in Verfolgung dieses Gedankenganges die Lagebeziehungen der beiden verglichenen Theile zu anderen Organen in's Auge fasste, musste es auffallen, dass sich die Urnierenkanälchen genau so zum Urnierengang verhalten, wie die Genitaldivertikel des Amphioxus zum Peribranchialraum. (Vergl. Fig. 1 und 2.) Wie diese letzteren den Peribranchialraum dorso-lateral umgreifen, zwischen Kiemenhöhle und Rumpfmusculatur sich einschiebend, so finden wir — mit den durch die ganz anderen Grössenverhältnisse bedingten selbstverständlichen Unterschieden — die Urnierenblindsäckchen zum Urnierengang gelagert[6]), wobei ich noch das weitere Moment als eine wichtige Uebereinstimmung betrachte, dass sich, entsprechend der späteren Einmündung der Urnierencanälchen in den Urnierengang, die Genitalkammern des Amphioxus in den Peribranchialraum eröffnen, wenn auch nur periodisch, zur Entleerung der Geschlechtsproducte.

Noch vor wenigen Jahren hätte man die im Vorstehenden betonte unzweifelhafte Aehnlichkeit für eine zufällige, morphologisch bedeutungslose erklären müssen; denn während der Peribranchialraum als eine Rinne des Ectoblast entsteht, sollte der Urnierengang vom Mesoblast sich abschnüren. Allein die neueren Untersuchungen über die Bildung des Urnierenganges, welche mir die ectoblastische Entstehung desselben wenigstens für die Säugethiere und Selachier unwiderleglich zu beweisen scheinen, beseitigen diesen Einwand und gestatten es, den Urnierengang dem halben Peribranchialraum — wenn auch nicht complet — gleichzusetzen, nachdem das zeitliche und örtliche

[1]) Hatschek, Ueber den Schichtenbau von Amphioxus. — Rabl, Ueber die Differencirung des Mesoderms. Verhandl. der Anatom. Gesellsch. in Würzburg. Anat. Anz. III. Jahrg. Nr. 23—25. 15. Aug. 1888.

[2]) Rückert, Ueber die Entstehung der Excretionsorgane bei Selachiern. Arch. f. Anat. u. Phys. 1888.

[3]) Vergl. Hatschek, l. c.

[4]) Gewisse hier nicht näher zu erörternde Umstände könnten vielleicht dafür sprechen, dass sich die Genitalkammern des Amphioxus gegen die Leibeshöhle früher abschliessen, als gegen die zugehörige Urwirbelhöhle. Sollte sich dies wirklich so herausstellen, so würde ich darin keinen Einwand gegen meine Hypothese erkennen können.

[5]) van Wijhe, Ueber die Entwicklung des Excretionssystemes und anderer Organe bei Selachiern. Anat. Anz. III. Jahrg. Nr. 2 u. 3. 1888. — Rückert, l. c. — van Wijhe, Ueber die Mesodermsegmente des Rumpfes und die Entwickelung des Excretionssystems bei Selachiern. Arch. f. mikr. Anat. Bd. XXXIII. 1889.

[6]) Vergl. die Bilder von Rückert und van Wijhe, l. c., auch Ziegler, Der Ursprung der mesenchymatischen Gewebe bei den Selachiern. Arch. f. mikr. Anat. Bd. XXXII. 1888.

Auftreten beider Bildungen dieser Homologisirung, meines Erachtens, keine Schwierigkeiten bereitet.

Ich bin mir wohl bewusst, dass diese Auffassung in der mitgetheilten skizzenhaften Form kaum Anspruch auf Beachtung erheben dürfte, und es wäre, falls die Idee in sich selbst gerechtfertigt erscheinen sollte, eine sehr ausführliche, die ganze Organisation der Vertebraten in Rücksicht nehmende Begründung durchaus nothwendig. Allein vorläufig soll die vorgetragene Hypothese nur die Frage vermitteln, wo denn nun beim Amphioxus die Homologa der Vornierencanälchen zu suchen seien.

Nach allem, was wir von der Vorniere wissen, sind wir zu der Annahme berechtigt, dass dieses Organ nicht nur den ältesten und ursprünglichsten Excretionsapparat der Vertebraten darstellt, sondern auch, dass die Vorniere, so wie wir dieselbe bei den Cranioten vorfinden, nur noch ein spärliches Rudiment sein kann von einem Organ, dessen Blüthezeit bei weit entlegenen Vorfahren gesucht werden muss. Und da nun der Amphioxus ein solcher alter Ahne ist, so ist von vornherein die Vermuthung sehr nahe liegend: wenn der Amphioxus überhaupt ein den Verhältnissen der Cranioten vergleichbares Nierensystem besitzt, so muss es wohl eine Vorniere sein.

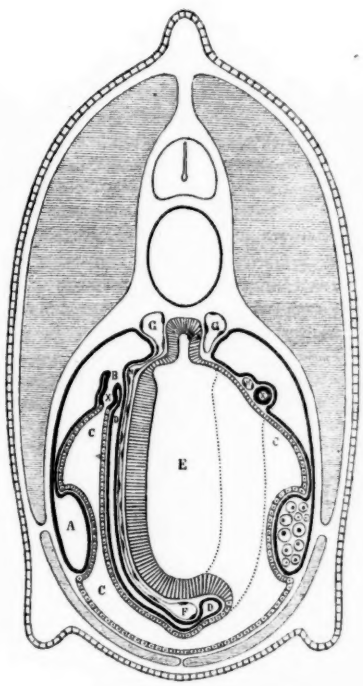

Fig. 1. Schematischer Querschnitt durch die Kiemenregion des Amphioxus. Links ist ein (secundäres) Kiemenstäbchen der Länge nach getroffen, rechts eine Kiemenspalte; dementsprechend zeigt die linke Seite von dem Nierencanälchen (X) sowohl die peribranchiale als auch eine peritoneale Mündung, die rechte den quergetroffenen nach vorn ziehenden Schenkel. — A Genitalkammer. B peritoneale Mündung des Nierencanälchens X. C Peribranchialraum. D Leibeshöhle. E Darmlumen. F Subbranchialgefäss. G Aorta; die der linken Seite durch ein Kiemengefäss mit dem Subbranchialgefäss verbunden. H excretorischer Abschnitt der Kiemengefässe.

Fig. 1.

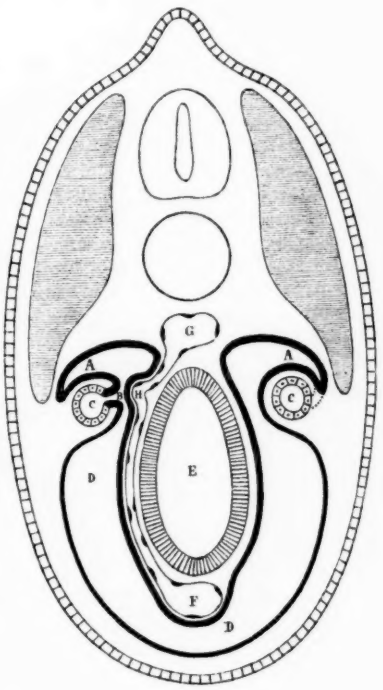

Fig. 2. Schematischer Querschnitt durch einen Selachier-Embryo; links Vornierenregion, rechts Urnierenregion. — A blindgeschlossene Anlage des Urnierencanälchens (die punktirten Linien rechts deuten die spätere Eröffnung in den Urnierengang an. B peritoneale Mündung des Vornierencanälchens. C Vor- bezw. Urnierengang. D Leibeshöhle. E Darmlumen. F Subintestinalvene. G Aorta, linkerseits durch ein P. Mayer'sches Darmgefäss mit der Subintestinalvene verbunden. H excretorischer Abschnitt des P. Mayer'schen Gefässes.

Fig. 2.

Fragt man sich, wo ein solches Organ auf Grund der vorgetragenen Idee beim Amphioxus zu suchen wäre, so lässt sich die Stelle — nach den für die Vornierencanälchen neuerdings festgestellten characteristischen Beziehungen — mit grosser Genauigkeit angeben. Da die Vornierencanälchen der Cranioten in einen Gang ausmünden, der dem Peribranchialraum homolog sein soll, so müssten die Vornierenkanälchen des Amphioxus in diesen Raum sich eröffnen, sie müssten also im Bereich des Kiemendarms und der Geschlechtsorgane liegen, womit zugleich übereinstimmt, dass bei den Cranioten in denjenigen Segmenten, in welchen wir die Vornierencanälchen antreffen, auch Urnierencanälchen[7]) — die Homologa der Geschlechtsdivertikel des Amphioxus — angelegt werden (Fig. 2 links). Da weiterhin die Vornierencanälchen der Cranioten an jener Stelle sich finden, wo sich die Mündungen der Urnierendivertikel in die unsegmentirte Leibeshöhle fortsetzen (Fig. 2 B), so könnte beim Amphioxus als Stätte für Vornierencanälchen wohl nur der dorsalwärts vom Peribranchialraum jederseits am Darm sich hinziehende Leibeshöhlenabschnitt in Betracht kommen. Und da endlich nach der hochwichtigen Entdeckung Rückert's die Vornierencanälchen der Selachier in Beziehung stehen zu den von P. Mayer[8]) aufgefundenen segmentalen Darmgefässen (Fig. 2 H), welche, wenn sie überhaupt auf den Amphioxus bezogen werden sollen, nur einer entsprechenden Zahl von Kiemengefässen desselben homolog sein können, so lässt sich das Postulat folgendermassen formuliren: Die präsumptiven Vornierencanälchen des Amphioxus müssten segmentale Röhrchen sein, welche da, wo die Kiemengefässe dorsalwärts von den Kiemenspalten die unsegmentirte Leibeshöhle passiren, in Beziehung zu diesen Gefässen in der Leibeshöhle beginnen und in der Nähe in den Peribranchialraum münden.

Und solche Organe mit den geforderten Beziehungen sind beim Amphioxus in der That vorhanden.

Indem ich eine in's Einzelne gehende Darstellung meiner Resultate einer ausführlichen Arbeit vorbehalte, beschränke ich mich hier auf eine kurze Aufzählung derjenigen Punkte, welche mir für die morphologische Beurtheilung des Fundes von Bedeutung zu sein scheinen.

1) Die fraglichen Bildungen sind segmentale, von cubischem Flimmerepithel ausgekleidete Röhrchen; sie liegen in jenem unsegmentirten Leibeshöhlenabschnitt, welcher sich dorsalwärts von den Kiemenspalten zwischen der Darmwand, der Rumpfmusculatur und der dorsalen Wand des Peribranchialraumes hinzieht; jedes Röhrchen beginnt mit mehreren Oeffnungen in der Leibeshöhle und mündet mit einer Oeffnung in den Peribranchialraum (Fig. 1. X).

2) Diese letzteren Mündungen finden sich genau in jenem Winkel, wo sich das Ektoderm der Kiemenstäbchen auf die laterale Wand des Peribranchialraumes umschlägt, also im Bereich des zuerst von Rolph eingehender beschriebenen Arkadensystems (des Ligamentum denticulatum von Joh. Müller). Sie sind genau branchiomer angeordnet, und zwar in der Weise, dass jede Mündung neben ein Kiemenstäbchen zu liegen

[7]) van Wijhe, Rückert, l. c.

[8]) P. Mayer, Ueber die Entwickelung des Herzens und der grossen Gefässstämme bei den Selachiern. Mitt. aus der zoolog. Station zu Neapel. Bd. VII. H. 2. 1887.

kommt [9]), dass aber zwischen je 2 Mündungen immer ein Kiemenstäbchen übersprungen wird. Dies hängt zusammen mit dem Umstand, dass beim Amphioxus 2 auf einander folgende Kiemenstäbchen einander nicht gleichwerthig sind, sondern dass ein jedes erst in dem übernächsten wieder ein ihm entsprechendes findet. Man kann diese beiden Arten von Stäbchen als primäre und secundäre unterscheiden, indem die letzteren erst nachträglich in die von den ersteren begrenzten primären Kiemenspalten vom dorsalen Rand her zungenartig hereinwachsen. Die in Rede stehenden Oeffnungen entsprechen den secundären Kiemenstäbchen, sie finden sich also in den Kuppeln des Rolph'schen Arkadensystems.

3) Jede solche Oeffnung führt in ein kurzes, ampullenartig aufgetriebenes Canälchen, welches sich alsbald in einen vorderen langen und einen hinteren sehr kurzen Schenkel spaltet. Der vordere Schenkel zieht, dem Bogen der Arkade nach abwärts folgend, zu dem nächst vorderen (primären) Kiemenstäbchen, um sich hier in die Leibeshöhle zu öffnen; der hintere Schenkel gabelt sich sofort in einige — typisch drei — kurze offene Endäste, welche nur wenig über das Kiemenstäbchen, an welchem die peribranchiale Mündung liegt, nach hinten reichen.

4) Die beschriebenen Organe stehen in einer sehr auffallenden Beziehung zum Blutgefässsystem. Die Kiemengefässe, welche als einfache, ziemlich enge Röhrchen durch die Kiemenstäbchen zur Aorta verlaufen, schwellen genau in jenem Bereich, wo sie an der medialen Seite der Segmentalröhrchen vorbeiziehen, nicht nur sehr beträchtlich an, sondern erhöhen den Blutreichthum dieser Stellen auch noch durch die Bildung von Anastomosen (Fig. 1. H).

5) Die Segmentalröhrchen erstrecken sich über den ganzen Kiemendarm vom vordersten bis zum hintersten Ende, aber nicht darüber hinaus. An einem Amphioxus von genau 4 cm Länge zählte ich auf der rechten Seite 183 Kiemenstäbchen und dem entsprechend müssen wohl 91 Segmentalorgane vorhanden sein; doch konnte ich in diesem Fall im Bereich der 4 ersten Kiemenstäbchen die Röhrchen nicht nachweisen.

6) Beim ausgebildeten Thier treffen nach meinen Erfahrungen auf jedes Muskelsegment ungefähr 6 Kiemenstäbchen und folglich 3 Segmentalröhrchen. Wenn nun, wie es im höchsten Grade wahrscheinlich ist, beim Embryo die zuerst auftretenden primären Kiemenspalten der durch die Myotome vorgezeichneten Körpermetamerie folgen, so muss ursprünglich jedem in Betracht kommenden Rumpfsegment ein Segmentalröhrchen entsprechen.

Auf Grund des im Vorstehenden kurz zusammengefassten Befundes stehe ich nicht an, die beschriebenen Segmentalröhrchen als Excretionsorgane in Anspruch zu nehmen. Dürfte diese Deutung schon nach den Beziehungen, welche die flimmernden Röhrchen zwischen der Leibeshöhle und der Aussenwelt vermitteln, kaum zu bezweifeln sein, so wird ihre Richtigkeit meines Erachtens noch sicherer erwiesen durch die beschriebene Blutgefässanordnung, welche, aus dem Ernährungsbedürfniss des Organs nicht erklärbar, die Annahme fordert, dass im Bereich eines jeden Segmentalorgans etwas Besonderes mit dem Blut geschehen soll [10]).

Sind aber die Segmentalröhrchen des Amphioxus Nieren, so kann es auch des Weiteren wohl nicht zweifelhaft sein, dass sie den Vornierencanälchen der Cranioten homolog sind. Ich brauche dies nach dem oben Gesagten nicht ausführlich auseinanderzusetzen und betone nur, dass mir schon allein die Beziehung beider Bildungen zu »segmentalen Darmgefässen« ihre Homologie ausser Frage zu stellen scheint. —

Somit hätte also der Amphioxus nicht nur überhaupt eine Niere, sondern auch eine mit einem Excretionsorgan der Cranioten vergleichbare Niere, und diese Homologie wird nun der Angelpunct sein, um den sich alle weiteren Werthigkeitsbestimmungen im Bereich des Amphioxus-Kiemendarmes zu drehen haben. Vor allem darf es wohl als im höchsten Grade wahrscheinlich bezeichnet werden, dass, wenn die Segmentalröhrchen des Amphioxus den Vornierencanälchen der Cranioten entsprechen, auch die zugehörigen (ektodermalen) Ausführwege: Peribranchialraum und Vor- bezw. Urnierengang (Fig. 1 u. 2. C) einander homolog sind, wenn diese Homologie auch keine complete ist, indem der Peribranchialraum weiter nach vorn, der Urnierengang weiter nach hinten reicht. Auch wäre es denkbar, dass sich der beim Amphioxus einheitliche, zur Ausführung sowohl des Harns als auch des Athemwassers dienende Raum zunächst der Länge nach in zwei Canäle gespalten hat: in einen dorsalen Harnleiter, der, soweit sich die Nierencanälchen des Amphioxus von vorn her bei den Cranioten erhalten haben, als Vornierengang fortbesteht, und in einen ventralen Kiemengang, der sich bei den Cranioten rückgebildet hat. In zweiter Linie muss die Existenz von Vornierencanälchen beim Amphioxus und die beschriebene Lagerung dieser Organe der Auffassung der Vornierencanälchen als den Genitaldivertikeln des Amphioxus homologer Bildungen zur kräftigsten Stütze gereichen.

Die zahlreichen übrigen Folgerungen, welche sich aus dieser Auffassung ergeben, mögen hier übergangen werden, und ich will nur noch in Kürze andeuten, in welcher Weise, meiner Meinung nach, die aufgestellten Homologien phylogenetisch zu verwerthen sind. In meinen Augen ist der Amphioxus wirklich das Urwirbelthier, d. h. ich bin der Ueberzeugung, dass in den Stammbaum der Cranioten ein Thier hineingehört, welches, in allem Wesentlichen mit dem Amphioxus übereinstimmend, insbesondere dessen riesig langen Kiemendarm und als Consequenz davon den Peribranchialraum besessen haben muss. Diese letztere gewöhnlich mit der Kiemenhöhle der Teleostier oder Froschlarven verglichene und demgemäss in ihrer morphologischen Bedeutung ziemlich gering geschätzte Bildung scheint mir, weniger des Raumes selbst, als seiner lateralen Wandung wegen, eine unerlässliche Organisationseigenthümlichkeit eines amphioxusartigen Thieres darzustellen. Denn wo sollten bei der durch die Kiemenbildung verursachten Zerspaltung der ursprünglichen Leibeswand die seitlichen Rumpfmuskeln, wo sollten bei der fast vollkommenen Verdrängung der primitiven Leibeshöhle die Geschlechtsorgane ihre Lage haben?

Als den ersten folgenschweren Schritt von diesem amphioxusartigen Zustand zu dem der Cranioten betrachte ich eine Arbeitstheilung zwischen den Gefässen des Kiemendarmes. Athmung und Excretion, beim Amphioxus an ein und dasselbe Gefäss geknüpft, scheiden sich in der Weise, dass eine Anzahl der vordersten Gefässe ausschliesslich die Athmung übernimmt, während die hinteren (Paul Mayer's Darmgefässe) nur ihre Beziehung zu den Nierenröhrchen beibehalten — eine Differencirung, welche bei der günstigeren Stellung der vordersten Kiemenstäbchen dem frischen Wasser gegenüber gewiss sehr einleuchtend ist. Als Folge davon muss eine viel complicirtere Ausbildung der wenigen bleibenden Kiemen stattfinden, und diese wird ihrerseits die mechanische Ursache bilden für die Entstehung des Herzens, das also seiner Lage nach nicht dem Ende des Amphioxus-Kiemendarms entspricht, sondern jenem Punkt, wo sich die Scheidung der segmentalen Darmgefässe in reine Kiemen- und reine Nierengefässe vollzieht. Eine weitere Folge der angenommenen Differencirung ist die Rückbildung der Kiemenspalten in dem grösseren hinteren Abschnitt des alten Kiemendarmes, wodurch eine einheitliche circumintestinale Leibeshöhle geschaffen wird, welche nun Raum bietet für die Geschlechtsorgane und zu einem allmählichen Hereinrücken derselben führt, auf welchem Wege wir sie bei Selachierembryonen noch thatsächlich antreffen. Auf diese Weise werden die früheren Träger der Geschlechtsorgane zunächst zu Ausführwegen der Sexualproducte degradirt. Gleichzeitig werden die im Bereich der bleibenden Kiemen gelegenen Segmente der Geschlechtsdrüse rückgebildet.

Dass durch diese Umwandlungen die Bedeutung des Peribranchialraumes wesentlich verschoben wird, bedarf keiner aus-

[9]) An einem einzigen Exemplar fand ich die Oeffnungen je zwischen zwei Kiemenstäbchen, dem typischen Verhalten gegenüber um eine halbe Kiemenspaltenbreite nach vorn verschoben.

[10]) Ich erwähne bei dieser Gelegenheit, dass das viscerale Leibeshöhlenepithel an der dorsal- und cranialwärts gerichteten convexen Seite eines jeden Röhrchens und noch im Bereich der beschriebenen primitiven Glomerulus-Bildung eigenthümlich modificirt ist: jede Zelle zu einem Faden ausgezogen und diese Fäden convergirend gegen das Röhrchen hinziehend, wo sie sich besonders an die peritonealen Mündungen gruppenweise festheften.

führlichen Erörterung. Die frühere Vereinigung der Athmungs- und Geschlechtsorgane in einer und derselben Körperregion hat aufgehört, und damit ist das Bedürfniss nach der gewissermassen doppelten Körperwand und dem weiten dazwischen eingeschlossenen Raum verschwunden. So kann — nachdem der Peribranchialraum zunächst paarig geworden ist — jede Hälfte zu einem engen Canal zusammenschrumpfen, der nicht mehr bestimmend auf die Gestaltung des Körpers wirkt, sondern passiv verschoben wird, wie es den neuen Bedürfnissen gemäss ist. Allein dies setzt noch eine weitere Veränderung voraus. Auch nachdem der hintere Theil des Peribranchialraumes seine directe Beziehung zu den Kiemen aufgegeben hat und in denselben nur noch Vornierencanälchen (und Genitalcanälchen) einmünden, führt er doch noch das von den bleibenden Kiemen abströmende Athemwasser nach aussen, und man muss also, um von diesem Zustand zu dem der Cranioten zu gelangen, annehmen, dass das Athemwasser eine neue, im Bereich der persistirenden Kiemen gelegene Ausführöffnung erhält, worauf sich die beiden Theile des ursprünglich einheitlichen Ganges von einander sondern und schliesslich der vordere sich ganz rückbildet. Eine Schwierigkeit sehe ich in dieser Annahme nicht und möchte sogar glauben, dass sich die Richtigkeit derselben noch in der Embryonalentwickelung tief stehender Cranioten dürfte nachweisen lassen. So berichtet Rückert, dass sich von jener Stelle, wo bei Selachierembryonen das vorderste Ende des ektodermalen Vornierenantheils angetroffen wird, eine Ektoblastverdickung cranialwärts gegen die Kiemenspalten hinzieht: eine Thatsache, die sich sehr wohl dahin interpretiren liesse, dass der Vornierengang (als Peribranchialraum) sich früher weiter nach vorn erstreckt hat[11]).

Alle weiteren Umgestaltungen: die dauernde Eröffnung der Genitaldivertikel in den Vornierengang und ihre Umwandlung in Excretionsorgane (Urnierencanälchen), die dadurch veranlasste Rückbildung der Vornierencanälchen, die Verlängerung der Vor- bezw. Urnierengänge gegen den After — diese Processe, welche in der Ontogenie der Cranioten mehr oder weniger deutlich recapitulirt werden, dürfen hier wohl mit dieser blossen Erwähnung abgemacht werden.

Dagegen mag zum Schluss noch mit ein paar Worten das Verhältniss gestreift werden, in welchem die Amphioxusniere zu der Theorie von der Stammverwandtschaft der Vertebraten und Anneliden steht. Schon Rückert ist auf Grund seiner Untersuchungen zu dem, meines Erachtens, unanfechtbaren Resultat gelangt, dass von den Nierenröhrchen der Cranioten nur die Vornierencanälchen für eine Vergleichung mit den Segmentalorganen der Anneliden verwerthet werden können; und dieses Ergebniss wird durch meine Untersuchungen am Amphioxus nicht nur bestätigt, sondern auch in einer für die in Rede stehende Theorie entschieden günstigen Weise vervollständigt. Denn einerseits zeigt uns der Amphioxus die Vornierencanälchen — auch wenn man als das primäre Verhalten auf jedes in Betracht kommende Körpersegment nur eines rechnet — in grosser Zahl und über einen sehr beträchtlichen Abschnitt des Körpers ausgedehnt; andererseits fällt die Wandung des Peribranchialraums, an welcher diese Canälchen münden, noch fast unter den Begriff der »äusseren Haut«, wobei überdies aus verschiedenen Gründen vermuthet werden darf, dass wenigstens die vordersten Nierenröhrchen des Amphioxus bereits auf einem Stadium ausgebildet sein werden, auf welchem die Peribranchialfalten noch kaum in die Erscheinung getreten sind. So wird also die Amphioxusniere auch den Vertretern der Annelidentheorie willkommen sein.

Nachtrag. Die vorstehende Mittheilung gründet sich ausschliesslich auf die Untersuchung conservirten Materials. So sehr ich das Bedürfniss empfand, die entdeckten Organe im frischen Zustand zu studiren, entschloss ich mich doch zu einer vorläufigen Veröffentlichung, da ich nicht weiss, wann sich mir wieder Gelegenheit zu einem Aufenthalt am Meer bieten wird, und nachdem ein Versuch, aus Neapel lebende Thiere zu erhalten, misslungen war. Ein zweiter Versuch, den Herr Professor R. Hertwig seitdem so gütig war, ausführen zu lassen, und für den ich auch der zoologischen Station in Neapel, besonders Herrn S. Lo Bianco meinen Dank ausspreche, war dagegen erfolgreich. So bin ich jetzt in der Lage, die am conservirten Object gewonnenen Ergebnisse durch Beobachtungen und Versuche am lebenden Thier zu ergänzen, worüber ich hier in Kürze nur das Wichtigste nachtragen will. Das Aussehen der im lebenden Zustand präparirten Organe stimmt mit dem, was ich an gut conservirtem Material gesehen habe, durchaus überein. Ich finde die gleiche Variabilität hinsichtlich der peritonealen Oeffnungen, deren Zahl bis auf 6 ansteigen kann. In der Form der Röhrchen und der Weite des Lumens kann man an einem und demselben Segmentalorgan bei längerer Beobachtung beträchtliche Veränderungen wahrnehmen, die, wie mir scheint, durch die oben schon erwähnten Fadenzellen verursacht sind, welche demnach musculöser Natur wären. Die Epithelzellen der Segmentalröhrchen erscheinen im frischen Zustand trübe und mehr oder weniger reichlich mit gelben Körnchen oder Tröpfchen besetzt, welche in allen umliegenden Geweben fehlen. — Die Flimmerhaare dieser Zellen, deren Vorhandensein ich bereits an Schnitten hatte nachweisen können, zeigen eine äusserst lebhafte, über das ganze Lumen des Röhrchens sich erstreckende Bewegung, welche von allen peritonealen Oeffnungen gegen die peribranchiale Mündung convergirt und einen nach aussen führenden Strom erzeugt, der an kleinen im Lumen enthaltenen Partikelchen sichtbar wird. — Einen lebenden Amphioxus setzte ich auf 28 Stunden in ein mit carminsaurem Ammoniak und Indigcarmin gesättigtes Meerwasser, in welchem ausserdem noch feinste Körnchen beider Substanzen suspendirt waren. Als Resultat ergab sich — den Beobachtungen bei höheren Wirbelthieren entsprechend — eine äusserst reichliche Ansammlung des rothen Farbstoffs in den von mir als »Glomeruli« gedeuteten Gefässbezirken, wodurch diese weiten, in den Verlauf der engen Kiemengefässe eingeschalteten Blutlakunen sehr schön zur Anschauung gebracht werden. Eine Aufspeicherung des Indigcarmins, die nach den Untersuchungen Heidenhain's im Epithel der Röhrchen selbst zu erwarten wäre, konnte ich dagegen bis jetzt nicht erzielen. — Diese Beobachtungen sind, meines Erachtens, geeignet, die excretorische Function der Segmentalorgane des Amphioxus ausser Zweifel zu stellen.

[11]) Dass man sich die Entlastung des Vornierenganges von der Function eines Kiemenganges auch in etwas anderer Weise zu Stande gekommen denken kann, habe ich oben erwähnt.

Aus der chirurgisch-orthopädischen Privatklinik von Privat-Docent Dr. A. Hoffa in Würzburg.

Zur operativen Behandlung der angeborenen Hüftgelenksverrenkungen.

Von Dr. *L. Rosenfeld*, Assistenzarzt.

(Schluss.)

Wir stellen nun im Nachstehenden tabellarisch alle Resectionsfälle zusammen, um den Werth dieser Operation zu prüfen.

Es wurde demnach die Resection bei angeborener Hüftgelenksverrenkung im Ganzen 27 mal ausgeführt, 17 mal bei einseitiger und 7 mal bei doppelseitiger Luxation. Bei 3 Fällen fehlen genauere Angaben. Die Erfolge lassen jedoch sehr viel zu wünschen übrig. Was zunächst den Gang betrifft, so ist in 25 Fällen der Enderfolg angegeben und später controllirt worden. Von diesen 25 Fällen sind 7 doppelseitig resecirt. Von diesen 7 gingen 3 nach der Operation schlecht trotz der Unterstützung mit Stöcken, die andern 4 leidlich, aber ebenfalls mit Stock. Zweimal gelang es wenigstens die Lordose theilweise auszugleichen. Das Gleiten des Femur beim Gehen ist in den 3 daraufhin untersuchten Fällen auch nach der Operation noch vorhanden. Die Trochanteren sind in einem dieser 3 Fälle nicht tiefer getreten; in den beiden anderen standen sie nach der Operation ungleich, was vor derselben nicht der Fall war. Eine vollständige Heilung ist dem-

nach bei doppelseitiger angeborener Hüftgelenksluxation durch die Resection nicht erreicht worden.

Etwas günstiger gestalten sich die Resultate bei einseitigen Verrenkungen. Da bei 1 Falle einseitiger Luxation über den Gang keine genaueren Angaben sich finden, so bleiben 16 controllirte Fälle. Von diesen 16 ging ein einziger in der Folgezeit den ganzen Tag ohne zu ermüden (Motta), 2 gingen kurze Zeit bis $1^1/_2$ Stunden gut, 5 zeigten eine Verbesserung des Ganges überhaupt, 2 bedurften eines Stützapparates, 6 hinkten noch oder gingen sogar schlechter als vor der Operation (Lampugnani, Battini).

Es sind demnach 3 gute, 5 mittelmässige und 8 schlechte Erfolge zu verzeichnen. Die Ursache des schlechten Ganges nach der Operation liegt wohl ausnahmslos in der durch die Resection geschaffenen absoluten Verkürzung des Beines, die um so hochgradiger sich gestalten wird, je mehr die durch die Erkrankung an sich bedingte nutritive Verkürzung der Weichtheile um das Hüftgelenk bei der Extension dem Zuge Widerstand leistet. In der That sehen wir auch, dass nach den Resectionen trotz zum Theil hochgradiger Gewichtsbelastung — bis zu 10 Kilo — der Trochanter immer nur sehr wenig tiefer getreten ist. In den 7 daraufhin untersuchten Fällen war er 2 mal nach der Operation ebenso hoch über der Roser-Nélaton'schen Linie, 2 mal ist er um 1 cm tiefer getreten, 1mal 2,5 und 1 mal 3 cm. In dem Fall Lampugnani, in welchem dieser die Hälfte des Kopfes zurückliess, trat der Trochanter um 5 cm tiefer. —

Des weiteren wird das Auf- und Abgleiten des oberen Femurendes am Becken durch die Resection nicht sicher behoben. Abgesehen von den doppelseitigen Verrenkungen, die wie oben erwähnt, in dieser Beziehung durch die Operation nicht gebessert wurden, ist bei 7 einseitig Operirten das Gleiten des Femur in 4 Fällen verschwunden, in 3 Fällen aber noch vorhanden. Dabei muss noch darauf hingewiesen werden, dass geradezu von Recidiven gesprochen wird. So war in dem Falle Heussner's der Enderfolg schlechter als der Zustand vor der Operation.

Am ersten wird noch die Lordose der Lendenwirbelsäule ausgeglichen, wenigstens ist dies der Fall gewesen in allen 5 in der Tabelle verzeichneten Fällen von einseitiger Verrenkung. Dagegen resultirt regelmässig eine statische Skoliose der Lendenwirbelsäule.

	Autor		Einseitige od. doppelseit. Luxation	Gang nach der Operation	Stand der Lordose nach der Operation	Differenz der Beine vor der Operation im Liegen	Differenz der Beine nach der Operation im Liegen	Trochanter steht vor der Operation über der R. N. Linie	Trochanter steht nach der Operation über der R. N. Linie	Ist demnach tiefer getreten	Gleiten des Femur ist nach Operation
1	Rose, E.		—	—	—	—	—	—	—	—	—
2	Reyher	Fall 1	—	War im Stande zu gehen nach 3 Mon.	—	—	—	—	—	—	—
3	—	» 2	—	»	—	—	—	—	—	—	—
4	Margary	» 1	einseit.	Hinkt noch	Ausgeglichen	4 cm	0	8 cm	7 cm	1 cm	nicht vorhand.
5	—	» 2	»	»	»	3,5 »	0	6 »	6 »	0 »	vorhanden
6	—	» 3	»	Geht gut	»	3 »	0	5 »	2,5 »	2,5 »	nicht vorhand.
7	—	» 4	doppels.	Geht schlecht trotz zweier Stöcke	Nur theilweise ausgegl.	0 »	1 cm	stehen	ungleich	—	vorhanden
8	—	» 5	»	Geht mit zwei Stöcken gut	»	—	0	8 cm	8 cm	0	»
9	—	» 6	»	Geht mit zwei Stöcken und hinkt	Ausgeglichen	2 cm	0	6 »	7 cm links 5,5 » rechts	— 0,5 cm	»
10	Heussner		»	Geht mit Stock eine halbe Stunde	—	—	—	—	—	—	—
11	Schüssler		einseit.	Geht mit Stock	—	—	3 cm	6 cm	5 cm	1 cm	nicht vorhand.
12	Lücke		»	Geht bis $1^1/_2$ Stunden	—	9 cm	12 »	7 »	7 »	0 »	»
13	Lampugnani	» 1	»	Hinkt sehr stark	Ausgeglichen	4 »	—	8 »	5 »	3 »	vorhanden
14	—	» 2	»	—	»	9 »	0	10 »	5 »	5 »	»
15	Motta	» 1	»	Geht den ganzen Tag	—	?	0	—	—	—	—
16	—	» 2	»	Geht mit Apparat	—	—	—	—	—	—	—
17	Raffo		»	Geht besser	—	—	—	—	—	—	—
18	Battini	» 1	»	Geht schlecht	—	—	—	—	—	—	—
19	—	» 2	»	»	—	—	—	—	—	—	—
20	—	» 3	doppels.	»	—	—	—	—	—	—	—
21	De Paoli		einseit.	Geht besser	—	—	—	—	—	—	—
22	Postempski		»	»	—	—	—	—	—	—	—
23	Ogston	» 1	»	»	—	—	—	—	—	—	—
24	—	» 2	doppels.	»	—	—	—	—	—	—	—
25	Vincent		einseit.	»	—	—	—	—	—	—	—
26	Mollière	» 1	»	Hinkt noch	—	—	4 cm	—	4 cm	?	—
27	—	» 2	doppels.	Geht mit Stock	—	—	—	—	—	—	—

Es erhellt aus diesen Thatsachen, dass die Resection die Ziele, welche bei einer Operation der angeborenen Hüftgelenksverrenkung vorschweben müssen, nicht zu erreichen vermag. Will man eine angeborene Hüftgelenksverrenkung operiren, so darf dies nach Hoffa's Ansicht nur dann geschehen, wenn man durch die Operation einerseits das Hinken, andererseits die Lordose sicher zu beseitigen im Stande ist. Wenn nun auch die Resection die Lordose meistens auszugleichen vermag, so verbessert sie nicht in gleicher Weise den Gang, und beseitigt nicht die Verkürzung des Beines und die Verschieblichkeit des oberen Femurendes. Hoffa hält demnach die Resection des Schenkelkopfes im Allgemeinen nicht für zulässig und würde auf dieselbe nur dann zurückgreifen, wenn sich in dem luxirten Gelenk coxitische Symptome entwickeln, wie das gelegentlich im höheren Alter der Patienten vorkommt.

Es kommt dazu noch der Umstand, dass der Schenkelkopf weder ätiologisch noch pathologisch-anatomisch die Berechtigung giebt, selbst in Angriff genommen zu werden, da er an dem Zustandekommen des Leidens, wie wir aus den Untersuchungen von Dollinger und Grawitz wissen, gar nicht betheiligt und bis in's höhere Alter hinauf selten soweit pathologisch verändert ist, dass die Veränderungen für eine Operation Hindernisse setzen könnten. Dass er etwas atrophisch, eiförmig und abgeplattet ist, kann für die Reposition in eine entsprechend zugerichtete Pfanne nie ein Hinderniss sein.

Das Hinderniss der Reposition liegt vielmehr einzig und allein in der Verkürzung der Weichtheile um das Hüftgelenk und eine Operation kann nur dann rationell sein, wenn sie diese verkürzten Weichtheile angreift. Sich an diese zu halten, muss sich um so mehr empfehlen, als sich ja jetzt in der operativen Orthopädie überhaupt der Grundsatz Bahn bricht, zur Heilung der Deformitäten das Skelett auf das äusserste auf Kosten der Weichtheile zu schonen. So durchschneiden wir bei Adductionscontracturen im Hüftgelenk nach Lorenz ohne alle Bedenken offen alle sich der Correction entgegensetzenden Weichtheile, so machen wir beim Klumpfuss nöthigenfalls die offene Durchschneidung der Weichtheile nach Phelps und so müssen wir es auch bei der angeborenen Hüftgelenksverrenkung halten. Erst in zweiter Linie kommt der eventuelle Defect der Pfanne in Betracht, da dessen Ueberwindung

für die moderne Chirurgie kein schwieriges Problem ist. Gelingt es einmal den Schenkelkopf in das Niveau der Pfanne herunterzuziehen, so bedarf es nur weniger Handgriffe, um die Pfanne an ihrer normalen Stelle so weit auszumeisseln und zu vertiefen, dass sie für die Aufnahme des Kopfes geeignet wird.

Diese Gesichtspunkte hatte mein verehrter Chef, Herr Dr. Hoffa im Auge, als er im Jahre 1889 zum ersten Male an die operative Behandlung der angeborenen Hüftgelenksverrenkung ging. Dass dieselben richtig waren, ergaben die Erfolge der auf Grund derselben ausgeführten neuen Operation, deren Beschreibung wir uns nun zuwenden wollen. Wir schildern das Verfahren am besten, wenn wir dasselbe an den 3 bis jetzt operirten Fällen verfolgen. Das Wesentliche derselben ist die Ablösung der verkürzten Weichtheile ringsum vom Trochanter major, worauf das Herabziehen des Kopfes in das Niveau der Pfanne sofort gelingt.

Fall I. Rottmann Pauline, 2½jähriges Bauernkind, doppelseitige angeborene Hüftgelenksverrenkung, aufgenommen in die Klinik am 4. Juli 1889.

Status praesens: Kräftiges, wohlgenährtes Kind mit gut entwickelter Musculatur und reichlichem Panniculus adiposus, zeigt den für doppelseitige angeborene Hüftluxation charakteristischen Schaukelgang. Bei der Betrachtung von hinten springt die stark ausgesprochene Lordose der Lendenwirbelsäule in das Auge, die Trochanteren stehen beiderseits bedeutend hervor. In Rückenlage sind die parallel nebeneinander gelegten Beine gleich lang, die Spinae stehen beiderseits gleich hoch. Der Femurkopf ist unter der Glutaealmusculatur auf der hinteren Fläche des Darmbeines zu fühlen, gleitet beiderseits in ziemlicher Excursion auf und ab. Der Trochanter major steht sowohl rechts wie links 4 cm über der Roser-Nélaton'schen Linie. Active und passive Bewegungen im Hüftgelenk beiderseits frei.

Operation: 6. VII. 89. Mit dem Langenbeck'schen Resectionsschnitt wird die Haut über dem grossen Trochanter und die Musculatur im Faserverlauf des Glutaeus maximus bis auf die Kapsel durchtrennt. Hierauf wird diese selbst ausgiebig eröffnet. Es findet sich der Schenkelkopf deformirt, abgeplattet, aber kein Ligamentum teres. Die Pfanne ist deutlich vorhanden in Form einer dreieckigen Delle, in die man bequem die Kuppe des Daumens einlegen kann. Es ist unmöglich den Schenkelkopf mehr als etwa 1,5 cm nach unten zu ziehen. Es werden desshalb mit einem geknöpften Messer sämmtliche Muskelansätze am Trochanter major subperiostal abgelöst und dabei noch eine minimale Knorpelscheibe vom Trochanter mitgenommen. Nachdem dies geschehen, gelingt es mit Leichtigkeit den Schenkelkopf in das Niveau der Pfanne herabzuziehen. Um nun die Pfanne selbst zur Aufnahme des Kopfes zurecht zu machen, wird der untere und hintere Rand derselben bis auf den Knochen bogenförmig umschnitten, in den Schnitt ein Elevatorium eingesetzt und der ganze bindegewebige Pfannengrund nach dem oberen Pfannenrand in Form eines Lappens in die Höhe gehebelt. Die Pfanne fühlte sich darnach noch nicht tief genug an und wird desshalb mit dem Meissel ausgehöhlt, bis ihre Grösse dem Schenkelkopf entspricht. Nun wurde durch starke Extension und Abduction des Beines der Kopf zum Einschnappen in die neue Pfanne gebracht, was mit einem hör- und fühlbaren Ruck geschah. Der einmal reponirte Kopf blieb in der Pfanne stehen, ohne Neigung aus derselben herauszuspringen. Wohl aber spannten sich die Weichtheile an der Vorderseite des Hüftgelenks sehr stark an und wurde desshalb, um diese Spannung zu beseitigen und ein Wiederherausgleiten des Schenkelkopfes aus der Pfanne bei den ersten Bewegungen zu verhüten, die Fascia lata und die sich spannenden Muskeln dicht unterhalb der Spina anterior inferior subcutan durchtrennt. Um den Schenkelkopf noch sicherer zu fixiren, wurde nun überdies der vorher vom Pfannengrund nach oben gehebelte Pfannenlappen über den reponirten Kopf heruntergeschlagen und mit den vom Trochanter abgelösten Muskelansätzen vernäht, so dass er eine brückenförmige breite Stütze über dem Schenkelkopf bildete. Nun wurde drainirt und dann in Etagen Kapsel, Muskeln und Haut vernäht. Zur Fixation wurde in starker Extension und bedeutender Abduction ein das ganze Becken umfassender Gipsverband angelegt.

Am 7. u. 8. VII. etwas Temperatursteigerung und infolgedessen Verbandwechsel. Anstatt des Gipsverbandes wird ein Heftpflastergewichtsextensionsverband mit Abduction der Beine angelegt. Von da ab reactionsloser Verlauf.

22. VII. 89. Die Wunde ist gut vernarbt. Der Kopf befindet sich in der Pfanne, lässt sich nicht nach oben verschieben. Die Bewegungen im operirten Gelenk sind vollkommen frei. Der Trochanter major steht auf der operirten Seite in der Roser-Nélaton'schen Linie. Das operirte Bein ist gut 3 cm länger als das nicht operirte Bein.

11. VIII. 89 erhält die Patientin einen Schienenhülsenapparat und wird mit Massage und der Ausführung passiver Bewegungen begonnen. Dieselben stärken das Bein so, dass schon von Anfangs September Gehversuche im Volkmann'schen Gehbänkchen unternommen werden können. Am 30. IX. 89 Entlassung aus der Klinik.

Zu Hause wurde das Kind nicht weiter behandelt, gleichwohl besserte sich das Gehvermögen bald in ausgezeichneter Weise.

Wiederuntersucht: 18. XI. 89. Das Kind geht mit dem Schienenhülsenapparat den ganzen Tag, ohne zu ermüden. Der für doppelseitige angeborene Hüftluxation charakteristische Gang ist verschwunden, doch hinkt das Kind selbstverständlich noch, da nunmehr aus der doppelseitigen eine einseitige Luxation geworden ist Der Trochanter major steht auf der operirten Seite noch in der Roser-Nélaton'schen Linie. Ein Auf- oder Abgleiten des Femur lässt sich absolut nicht bewerkstelligen. Alle activen und passiven Bewegungen im operirten Gelenk sind in ausgedehntem Maasse möglich. Es wird von da ab der Schienenapparat weggelassen. Bei einer nochmaligen Untersuchung am 7. IV. 90 erscheint das operirte Gelenk vollkommen normal.

Fall II. Eber, Alwine, Baumeisterskind, 1½ Jahre alt. Aufgenommen in die Klinik 4. XII. 89. Doppelseitige angeborene Hüftgelenksverrenkung.

Das Kind hat eine hochgradige Lordose der Lendenwirbelsäule. Die Trochanteren stehen beiderseits 4,5 cm über der Roser-Nélaton'schen Linie. In Rückenlage gleicht sich die Lordose aus und sind die Beine gleich lang. Beugung, Streckung, Rotation und Adduction in den Hüftgelenken sind frei, die Abduction etwas beschränkt. Auf- und Abgleiten des Femur.

Operation: 6. XII. 89. Zuerst wird das linke Hüftgelenk mittelst des Langenbeck'schen Resectionsschnittes eröffnet, dann werden wieder wie in dem ersten Falle die Ansätze der am Trochanter major inserirenden Muskeln mit sammt dem Periost abgelöst. Durch Adduction des im Knie gebeugten Beines wird der Schenkelkopf in die Wunde luxirt und das sehr kräftig entwickelte Ligamentum teres mit der Scheere exstirpirt. In der Tiefe der Wunde fühlt man die der Grösse des Schenkelkopfes vollkommen entsprechende Pfanne. Dieselbe ist rund und nimmt die Daumenkuppe mit Leichtigkeit auf. Der Schenkelkopf ist eiförmig in die Länge gezogen, an der dem Darmbein angelegenen Fläche etwas abgeplattet und sitzt dem Trochanter unmittelbar auf. Ein Collum femoris ist überhaupt nicht vorhanden. Es wird nun der hintere und untere Rand der Pfanne bogenförmig umschnitten und der Grund der Pfanne mittelst des Elevatoriums nach oben abgehebelt. Durch leichten Zug am Bein nach unten und aussen springt der Schenkelkopf mit hörbarem Ruck in die Pfanne ein und bleibt in derselben stehen; auch spannen sich die Weichtheile an der Vorderseite des Hüftgelenks nicht stärker an. Zur sicheren Fixirung wird wie beim ersten Fall der Pfannenlappen über den Schenkelkopf herübergeschlagen und mit den vom Trochanter abgetrennten Muskelansätzen vernäht. Tamponade der Wunde mit Jodoformgaze.

Im unmittelbaren Anschluss wird auf dieselbe Weise das rechte Hüftgelenk operirt und dann ein beide Beine in starker Abduction haltender, das Becken umfassender Gipsverband angelegt. Ueberdies wird an beiden abducirten Beinen noch Extension angebracht.

7. u. 8. XII. 89 stellen sich Temperaturen von 39,5 und 39,8° ein: wie wir annehmen von einer Jodoformintoxication herrührend; denn nachdem die Jodoformgaze durch Sublimatgaze ersetzt war, verschwand das Fieber binnen 24 Stunden. Von da ab reactionsloser Verlauf, mit einer Maximaltemperatur von 38,5°.

20. XII. 89 sind die Wunden vernarbt. 23. XII. werden die ersten passiven Bewegungen vorgenommen und von da ab täglich wiederholt. Beide Beine werden täglich massirt, bleiben sonst aber zunächst noch in Abductionsstellung extendirt. Anfangs Januar werden die passiven Bewegungen ausgiebiger gestaltet, dabei trifft man bei der Flexion noch auf stärkeren Widerstand. Es werden desshalb während der Nacht die Beine in verticaler Suspension extendirt, während unter Tags jede Fixation unterbleibt. 7. II. 90 Entlassung aus der Klinik, nachdem die Patientin in den letzten Tagen angefangen hat mit Unterstützung zu stehen. Die gut instruirten Eltern setzen zu Hause die Massage und die passiven Bewegungen fort. Nach der Entlassung ist eine Zeit lang die active Bewegungsfähigkeit noch etwas behindert, dann lernt das Kind rasch frei stehen und im Gehbänkchen zu gehen.

Wiederuntersucht: 15. III. 90, — 3 Monate nach der Operation. Das Kind steht frei und vollkommen sicher. Die hochgradige Lordose der Lendenwirbelsäule ist vollständig verschwunden und die Contouren des Beckens sind ganz normal. Die Trochanteren stehen beiderseits in der Roser-Nélaton'schen Linie, es gelingt nicht den Femur irgend wie nach oben oder unten zu verschieben. Die activen Bewegungen sind in beiden Hüftgelenken vollkommen frei und kann das Kind die Füsschen bis an den Kopf heben. Es geht ohne jede andere Stütze, als dass es sich mit einer oder der anderen Hand an der Wand oder den Möbeln anlehnt, den ganzen Tag im Hause herum, ganz wie ein jedes andere Kind seines Alters, das Gehen lernt. Nur das linke Bein, welches auch ein wenig nach aussen rotirt steht, ist noch etwas schwächer. — Es wird angeordnet, das linke Bein während der Nacht in Innenrotation zu fixiren.

Bei einer nochmaligen Untersuchung am 7. IV. 90 ist die schlechte Stellung des linken Beines beseitigt, im Uebrigen derselbe Befund und geht jetzt das Kind ohne jede Stütze den ganzen Tag umher.

Fall III. Pfister, Willy, 4 Jahre alt, Dienerskind. Doppelseitige angeborene Hüftgelenksverrenkung. Eintritt in die Klinik: 30. XII. 89.

Patient steht seit einem Jahre in Behandlung und war während dieser Zeit mit Landerer'schen Verbänden, Gewichtsextension nach Volkmann und portativen Apparaten kein Erfolg erzielt worden. Es besteht der für doppelseitige angeborene Hüftgelenksverrenkung charakteristische Gang und eine bedeutende Lordose der Lenden-

wirbelsäule. Die Trochanteren stehen 6 cm über der Roser-Nélaton'schen Linie. Die Musculatur der Glutaealgegend ist ziemlich atrophisch.

Operation der linken Seite: 31. XII. 89. Mit Langenbeck'schem Resectionsschnitt wird die Kapsel ausgiebig eröffnet und dann die am grossen Trochanter inserirenden Muskelansätze subperiostal und mit einer dünnen Knorpelschichte abgetrennt. Der Schenkelkopf wird in die Wunde luxirt und das Ligamentum teres mit der Scheere abgetragen. Im Grunde der Wunde fühlt man die kleine dreieckige Pfanne, die vollkommen mit hypertrophischem Bindegewebe erfüllt ist. Der hintere und untere Rand der Pfanne wird bogenförmig umschnitten und der Pfannengrund mit dem Elevatorium nach oben abgehebelt. Der Versuch, den Kopf in das Niveau der Pfanne herabzuziehen, gelingt nicht vollständig, da die sehr stark verkürzten Weichtheile an der Vorderseite des Gelenks noch Widerstand leisten. Nach Tenotomie der Fascia lata unterhalb der Spina anterior inferior wird der Kopf in die genügend vertiefte Pfanne reponirt. Der Pfannenlappen wird wiederum über den Schenkelkopf geklappt und mit den Muskelansätzen vom Trochanter vernäht. Drainagirung des Gelenks. Das Bein wird in Abduction im Gipsverband fixirt. In den nächsten Tagen keine Temperatursteigerungen.

Am 4. I. 90 Operation der rechten Seite. Dieselbe wird genau wie auf der anderen Seite vorgenommen und dann beide Beine in Abduction mit Heftpflastergewichtszug extendirt.

Drei Tage nach der zweiten Operation bekam Patient Influenza die gerade um diese Zeit in Würzburg ihren Höhepunkt erreicht hatte. Infolgedessen fanden sich vom 7.—11. I. fortwährend Temperaturen von 38,5°—39,5°, welche veranlassten, die nahezu vollständig geschlossenen Wunden wieder zu öffnen. Es ergiebt sich keine Infiltration der Theile, im Gegentheil sind die Wunden rein und in der Tiefe gut granulirt. — Am 12. I. steigt die Temperatur über 40°, es ergeben sich die Symptome einer doppelseitigen Pneumonie, welcher Patient am 14. I. 90 erlag.

Aus der Section heben wir hervor, dass die Wunden vollkommen intact waren, dass dagegen sich die von Ribbert beschriebene typische Influenzapneumonie mit Bildung zahlreicher Knötchen in der Lunge vorfand. Ausserdem war in der linken Niere noch ein kleiner Herd vorhanden. Die bacteriologische Untersuchung ergab das Vorhandensein von Streptococcen. Es unterliegt demnach wohl keinem Zweifel, dass der Tod des Kindes durch die schwere Influenza erfolgte.

So traurig dieser Ausgang auch ist, so ist er dennoch in einer Hinsicht sehr nutzbringend, indem er uns gestattete, am Präparat die anatomischen Verhältnisse, wie sie durch die Hoffa'sche Operation geschaffen werden, genauer zu studiren. An dem in toto der Leiche entnommenen Präparate ergiebt sich folgendes:

Die beiden Schenkelköpfe stehen sehr fest in ihrer neuen Pfanne und bedarf es einer gewissen Anstrengung um dieselben herauszuluxiren. Der Schenkelkopf selbst hat dieselben Configurationen, die er bei der Operation zeigte, gewahrt. Der Knorpelüberzug desselben ist auf der linken Seite vollkommen intact, auf der rechten Seite an zwei Stellen etwas usurirt und schimmert hier der Knochen durch. Der Schenkelkopf sitzt dem Trochanter unmittelbar auf, so dass das Collum femoris kaum angedeutet ist. Am grossen Trochanter präsentirt sich da, wo die Muskelansätze abgetragen sind, eine granulirende Fläche.

Die neue Pfanne ist rundlich, sehr gross und tief, sie nimmt das ganze erste Glied des Daumens bequem auf. Sie ist bis auf eine etwa kirschkerngrosse Stelle im Grunde — entsprechend der Ansatzstelle des Ligamentum teres. — mit Knorpel überzogen. An dem Defect tritt granulirender Knochen zu Tage. Die Reposition des Kopfes gelingt sehr leicht. Die Bewegungen im Gelenke gehen noch nicht ganz frei vor sich, weil durch die noch vorhandene Deformirung des Schenkelkopfes und die Kürze des Schenkelhalses die Hemmung zu frühe eintritt.

Um die anatomischen Details kennen zu lernen, wird die eine Seite sorgfältig präparirt. Nach Wegnahme der Haut, welche in einer Ausdehnung von 6 cm von dem Schnitte getroffen ist, präsentirt sich der Glutaeus maximus. Er ist genau in seinem Faserverlauf, zwischen vorderem und mittlerem Drittel durchtrennt. Schlägt man diesen Muskel zurück, so ist unter ihm der Glutaeus medius zwischen mittlerem und hinterem Drittel ebenfalls in seinem Faserverlauf getroffen. Unter diesem hinwiederum ist der Glutaeus minimus quer durchschnitten. Die Incisionswunde reicht in der Tiefe bis auf 2,5 cm an den Nervus ischiadicus heran.

Legt man die Glutaeen zurück, so übersieht man das Hüftgelenk. Der Kopf des Femur steht in der Pfanne und ist überdacht von dem Pfannen- und Trochantermuskellappen. Klappt man diese beiden auseinander, so sieht man, dass der Schenkelkopf zu zwei Dritteln die Pfanne ausfüllt, welche er bei keiner Bewegung verlässt. Der Trochantermuskellappen enthält wie durch die Präparation ersichtlich wird, die Ansätze des Glutaeus medius und minimus, des Pyriformis, der beiden Gemelli, des Obturator internus und des Quadratus femoris. Der Schenkelkopf wird nun abgesägt, der Grund der Wundhöhle zeigt sich dann allenthalben von der Gelenkkapsel gebildet, die nirgends Defecte zeigt.

Im Verlaufe der Heilung wachsen nun die vom Trochanter abgelösten Muskelansätze wieder an und zwar etwas höher oben als an der ursprünglichen Ansatzstelle, analog wie sich bei der v. Bergmann'schen Operation veralteter Patellarbrüche die abgemeisselte Tuberositas tibiae höher oben wieder knöchern mit ihrer Unterlage verbindet. Es werden also von dieser Seite späterhin keine Störungen gesetzt werden.

Sodann ist es nicht zu befürchten, dass der Schenkelkopf aus der Pfanne wieder heraustreten wird. Nach geschehener Reposition bleiben Schenkelkopf und Pfanne in dauerndem Contact, es bildet sich also sozusagen eine Nearthrose. Je ausgiebiger nun die Bewegungen späterhin von statten gehen, um so mehr wird sich die normale Congruenz zwischen Pfanne und Kopf herstellen. Eine Wachsthumshemmung der Pfanne, derart, dass sie einmal für den Kopf zu klein werden könnte, so dass dadurch ein Recidiv der Luxation entstehen müsste, ist ebenso wenig zu befürchten. Es kommt uns hier das besonders von Julius Wolff gelehrte Transformationsgesetz der Knochen zu Hülfe. Dieses Gesetz besagt, dass nach Herstellung richtiger statischer Verhältnisse die Natur bestrebt ist, auch die richtige Architectur und die richtige Form der Knochen herzustellen. Das Gesetz hat seine unzweifelhafte Giltigkeit und wird auch durch unsere Fälle bewiesen, denn wir haben schon in den Krankengeschichten hervorgehoben, dass sich das Gehvermögen der Patienten vom Zeitpunkt der Operation an stetig gebessert hat, bis es wieder ganz normal geworden ist.

Noch ein Bedenken könnte man gegen die Hoffa'sche Operation haben, dass man nämlich in einzelnen Fällen vielleicht gar keine Pfanne mehr angedeutet finden könnte. Dieses Bedenken hat aber für die moderne Chirurgie keine Tragweite. Man dürfte nur in einem solchen Falle an der entsprechenden Stelle einen Periostlappen bilden, denselben nach oben schlagen und den Knochen ausmeisseln, eventuell in der ganzen Dicke des Darmbeins, ähnlich wie es Ogston bei der Hüftgelenksresection gemacht hat. Reponirt man dann den Schenkelkopf und schlägt den Periostlappen herunter, so wird der an die Weichtheile, respective den Trochanter major angenähte Lappen verhüten, dass der Kopf sich wieder nach oben verschieben kann. Hier käme auch vielleicht eine Pfannenbildung in Betracht in ähnlicher Weise, wie sie von König versucht wurde.

Jedenfalls fordern die Versuche Hoffa's, wenn sie sich auch noch auf eine mässige Zahl von Erfahrungen stützen, dazu auf, das von ihm verfolgte Operationsverfahren weiterhin zu verfolgen. Die schönsten Erfolge wird dasselbe bei Kindern erzielen und zwar um so bessere, je früher die Kinder zur Operation kommen.

Die ausgezeichnete Ausführbarkeit seiner Operation hat Hoffa in den allerletzten Tagen wiederum nicht nur bei Kindern, sondern auch beim Erwachsenen erprobt. Diese letzteren Fälle sind noch nicht abgelaufen und wird daher erst später über dieselben berichtet werden.

Feuilleton.

Zur Onomatologia medico-historica.

Von Landgerichtsarzt Dr. *J. Ch. Huber* in Memmingen.

(Fortsetzung.)

Kaposi (Kohn Moritz). Als Dermatose de Kaposi (Vidal) gilt das von ihm beschriebene (Wiener med. Jahrb. 1882) Xeroderma pigmentosum. Neisser in Viertelj. für Dermatolog.

1883; Pick, ibid. 1884. Uebrigens schon in Virchow's Handbuch (Hebra's Hautkrankheiten) beschrieben (Moritz Kohn).

Kluge, Karl Alexander Ferdinand, † 1844. Als Kluge-Jacquemin'sches Graviditätszeichen wird die bläuliche oder weinhefenartige Coloration der Vaginalmucosa hervorgehoben. (Berliner med. Centralzeitung 1837 Nr. 2.)

Kilian und d'Ontrepont legten auf diese Zeichen grossen Werth.

Kopp, Joh. Heinrich, (1777—1858). Das Asthma thymicum Koppii, welches der Entdecker in seinen Denkwürdigkeiten zur ärztlichen Praxis I. 1830 beschrieben hat, scheint gänzlich im Spasmus glottidis aufzugehen.

Zur Geschichte vergleiche man Steffen in v. Ziemssen's Handbuch IV. 1, Flesch in Gerhardt's Handbuch III. 2, und Friedleben, Thymusdrüse 1858.

Laënnec, Réné Theophile Hyacinthe (1781—1826). Der Infarctus haemoptoïcus Laënnecii ist als Apoplexie pulmonaire beschrieben in Traité de l'auscultation mediate I. 378 (2. edition). Die granulirte Leber wird auch als Laënnec'sche Cirrhose aufgeführt. (ibidem II. 196.)

Lallemand, Claude-François (1790—1853), berühmter Chirurg zu Montpellier. Die in seinem Buche über »Pertes seminales« 1836 beschriebenen, im Harn von Spermatorrhoïkern gefundenen Körper heissen Trousseau-Lallemand'sche. Näheres hierüber bei Fürbringer (Deutsche med. Wochenschrift 1886, p. 730) und in Volkmann's klin. Vorträge Nr. 207 und in Eulenburg's Realencyklop. (Art. Samenverluste).

Landry, Jean Bapt. Octave (1826—1865). Seinen Namen führt die aufsteigende Spinalparalyse. (Paralysie ascendante aigae.)

Note sur la paralysie ascendante. Gazette hebdom. 1859. Remak in Eulenburg's Realencyklop. XVIII. 487 mit Literatur bis 1888.

Laugier, Stanislas, Chirurg zu Paris (1799—1872). Seinen Namen führt eine Varietät der Hernia cruralis, die durch das Gimbernat'sche Band geht und von ihm 1833 beschrieben wurde.

Leyden, E., Kliniker zu Berlin. Die von ihm bei Asthma entdeckten Krystalle (Virchow's Archiv, Bd. 54) 1870, sind mit den Charcot'schen identisch.

Littre, Alexis, † 1726. An seinen Namen knüpfen sich die Darmwandbrüche (Hernia Littriana), die er 1700 beschrieb (Observations sur une nouvelle espèce de hernie).

Lostorfer, Dr. Adolf, in Wien. Die Entdeckung der Lostorfer'schen Syphiliskörperchen wurde am 26. Januar 1872 in der Wiener Gesellschaft der Aerzte besprochen. Es waren kleine glänzende Körperchen, theilweise in schwingender Bewegung, die sich in der Regel in den Präparaten am 3. bis 5. Tage zeigten. Es hat sich herausgestellt, dass diese Formelemente mit Lues nichts zu thun haben und auch in anderen Blutarten vorkommen.

Die Discussion hierüber im Archiv für Dermatologie und Syphilis. 1872. IV. Jahrg., pg. 115 ff.

Louis, Pierre Charles Alexandre, † 1872, berühmter Kliniker zu Paris, Autor des classischen Werkes: »Recherches etc. sur la phthisie. Den bekannten Louis'schen Sternalwinkel (Angulus Ludovici! sic) hat Conradi (Ueber die Lage und Grösse der Brustorgane. Giessen, 1848) mit dem Namen versehen.

Ludwig, Wilh. Friedrich v., † 1865, württemberg. Leibarzt. Im Correspondenzblatt der württemb. Aerzte 1836 veröffentlichte er Beobachtungen über die Cynanche sublingualis, die man jetzt Angina Ludwigii nennt. (König und Riedel, Deutsche Chirurgie, Lieferung 36, behandeln den Gegenstand sehr erschöpfend.) (Fortsetzung folgt.)

Referate u. Bücher-Anzeigen.

Champetier de Ribes: De l'accouchement provoqué. Annales de Gynécologie, XXX, p. 401.

Prochownik: Ein Versuch zum Ersatze der künstlichen Frühgeburt. Centralbl. f. Gynäkologie 1889, Nr. 33.

Von dem gewiss richtigen Gedanken ausgehend, dass die künstliche Frühgeburt nicht sowohl wegen der Resultate, als ganz besonders wegen der Unvollkommenheit der Methoden, noch immer nicht die gebührende allgemeine Anerkennung in der Praxis gefunden hat, veröffentlicht Champetier de Ribes ein neues Verfahren, die künstliche Frühgeburt einzuleiten. Sein Verfahren ist nicht völlig neu, denn es basirt auf der Methode seines Lehrers Tarnier, aber es ist eine neue und wie es scheint sehr werthvolle Modification der Methode Tarnier's. Auch hier wird ein Ballon in den Uterus eingeführt, aber ein viel grösserer, der ganz oder nahezu den Umfang des Kopfes eines fast völlig ausgetragenen Kindes besitzt. Der Ballon ist von conischer Form und besteht aus dünnem, weichen Seidengewebe, welches innen und aussen von einer dünnen Kautschukschicht überzogen ist. Dadurch wird der Ballon einerseits undurchlässig und andererseits fest und nicht zu dehnbar. Der von Champetier de Ribes angewendete Ballon misst bei stärkster Füllung 33 cm im Umfange und hält 640 ccm Flüssigkeit. Durch vorherige Prüfung lässt sich genau ermitteln, welchen Umfang der Ballon bei jeweiliger Füllung erreicht. In leerem und zusammengefaltetem Zustande erreicht er einschliesslich der schmalen zur Einführung dienenden Zange einen Umfang von 7 cm.

Die Einführung geschieht in Narkose unter Leitung zweier in den Halscanal eingeführter Finger, nachdem vorher die Weite der Cervix geprüft, die Eispitze losgelöst und die geeignetste Richtung, in welcher die Zange mit dem Ballon vorgeschoben werden kann, ermittelt worden ist. Das ganze Instrument muss jedenfalls 10—12 cm über den äussern Muttermund nach aufwärts gebracht werden, weil sonst der Ballon während der Füllung in die Scheide herabgleiten würde. Nun wird, noch während die Kornzange und die zwei Finger der anderen Hand den eingeführten Ballon fixiren, mit der Füllung begonnen und erst wenn er so weit gefüllt ist, dass er nicht mehr heruntertreten kann, wird die Zange im Schlosse auseinander genommen und entfernt. Zur Füllung des Ballons wird 1 proc. Carbolsäure benützt, damit bei etwaigem Platzen eine desinficirende Flüssigkeit mit den Wänden des Genitalschlauches in Berührung kommt. Wenn der Ballon mit der vorher bestimmten Flüssigkeitsmenge gefüllt ist, ist die Operation beendigt. Vor und nach der Manipulation wird die Scheide mit antiseptischer Flüssigkeit ausgespült.

Die bis jetzt gewonnenen Resultate können nur als sehr befriedigend bezeichnet werden. Champetier de Ribes hat die Methode bis jetzt in 18 Fällen in Anwendung gebracht, jedoch handelte es sich nur in 15 Fällen um Einleitung der Frühgeburt, in den 3 übrigen Fällen hatte die Geburt bereits spontan begonnen. Die Wehenthätigkeit setzt im Mittel 4, gewöhnlich aber schon 2—3 Stunden nach Einführung des Ballons ein. Nach weiteren 5—6 Stunden wurde der Ballon ausgetrieben und die Erweiterung des Muttermundes war fast stets so vollständig, dass die Entbindung entweder von selbst rasch erfolgte oder rasch künstlich beendigt werden konnte; nur in einem Falle war die Erweiterung keine genügende. Die Geburt selbst war durchschnittlich nach 11—12 Stunden beendigt. Von 17 vorher lebenden Kindern gingen 3 während der Geburt (eines musste perforirt werden) zu Grunde und 2 starben in den ersten Tagen nach der Geburt, so dass 64,7 Proc. der Kinder am Leben erhalten wurden — ein gewiss sehr erfreuliches Resultat. Die Mütter machten ohne Ausnahme ein normales Wochenbett durch.

Der Verlauf der Geburt geht in der Weise vor sich, dass zunächst ein Gefühl von Spannung im Hypogastrium entsteht, manchmal mit etwas dumpfem Schmerzgefühl; es treten Contractionen ein, welche den Muttermund eröffnen und wenn die Eröffnung allmählich bis zu 5 Markstückgrösse vorgerückt ist, pflegt sie meist sehr rasch vollständig zu werden und der Ballon wird ausgetrieben. Der Ballon wirkt in vollkommen gleicher Weise wie die Fruchtblase, die er gegebenen Falles ersetzt; niemals sind stärkere Einrisse in den Muttermund und in die Cervix beobachtet worden. Manchmal kommt es vor, dass er zu stark aufgetrieben wird, so dass er den verengten Beckeneingang nicht passiren kann; dann kommt die Geburt

zum Stillstande und man muss einen Theil der Flüssigkeit entleeren, und zwar 100 g bei Verengerung der Conjugata auf 9—7 cm, 150 g bei stärkerer Verengerung. Sofort nach Austreibung des Ballons ist eine innere Untersuchung vorzunehmen, um die Wirkung zu beurtheilen und nöthigen Falles einzugreifen. Die Indication hiefür richtet sich genau nach den Normen, unter welchen man bei einem zweiten Zwillinge eingreift, überhaupt entspricht die Ausstossung der Frucht in diesen Fällen genau der Geburt eines zweiten Zwillings.

Zum Schlusse weisst Champetier de Ribes die etwaigen Einwände zurück, welche gegen seine Methode erhoben werden können. Ein Reissen der Eihäute kam unter den 18 Fällen nur zweimal vor; diese Eventualität ist übrigens nicht ungünstig, weil der Ballon das untere Uterinsegment tamponirt und den Abfluss des Fruchtwassers verhindert. Ebensowenig ist eine Ablösung der tiefsitzenden Placenta zu befürchten; obwohl in 4 Fällen der Eihautriss hart am Placentarrande sass, war doch nur in einem Falle eine geringfügige Blutung eingetreten. Die Vermehrung der Spannung im Uterus ist so unbedeutend, dass auch von dieser Seite niemals üble Folgen gesehen wurden. Eine Verdrängung des vorliegenden Kindestheils fand ebenfalls niemals statt, denn in allen Fällen ging die Geburt in der ursprünglich festgestellten Lage vor sich. Dagegen kam es in 2 Fällen nach Ausstossung des Ballons zum Vorfall eines Armes und der Nabelschnur neben dem Kopf; in beiden Fällen konnte diese Complication durch sofortige Reposition ohne Schaden für das Kind beseitigt werden. In zwei andern Fällen war dagegen ein vorher constatirter Arm- und Nabelschnurvorfall nach Austreibung des Ballons verschwunden. Die Möglichkeit dieser Complication verpflichtet jedoch zu einer genauen Untersuchung unmittelbar nach der Austreibung des Ballons.

Nach den gewonnenen Erfahrungen empfiehlt Champetier de Ribes sein Verfahren ausser zur Einleitung der künstlichen Frühgeburt noch in folgenden Fällen:

1) Bei Hydramnios nach der künstlichen Eröffnung der Blase;

2) bei Schieflage und vorzeitigem Blasensprung behufs Erweiterung des Muttermundes zum Zwecke der Ausführung der Wendung;

3) bei Retraction einer todten und zersetzten Frucht im Uterus und ungenügender Eröffnung des Muttermunds;

4) bei Retention der Placenta mit septischen Erscheinungen; endlich

5) bei Blutungen in Folge von Placenta praevia, wo der Ballon in vorzüglicher Weise als Tampon wirkt.

In letzterer Beziehung gebührt übrigens die Priorität Maurer, welcher schon vor 2—3 Jahren (Centralbl. f. Gynäkologie 1887 Nr. 25) ein ganz analoges Verfahren mit Vortheil angewendet und veröffentlicht hat. Jedenfalls erscheint die Methode von Champetier de Ribes sehr beachtenswerth und verdient gewiss in den genannten Fällen versucht zu werden. Der Hauptvortheil gegenüber den bisherigen Methoden der Frühgeburts-Einleitung scheint darin zu liegen, dass die Wehenthätigkeit prompt auftritt und die Geburt einen raschen Verlauf nimmt, während man bei den bisherigen einfachen und combinirten Methoden auf einige Tage lang sich verzögernde Ausstossung gefasst machen müsste.[1])

Bezweckt die Methode von Champetier de Ribes die Verbesserung einer älteren Methode der Frühgeburts-Einleitung, so zielt die Veröffentlichung von Prochownik auf die Ausfindigmachung eines Auswegs, welcher die Einleitung der künstlichen Frühgeburt in Zukunft ganz unnütz machen würde. Prochownik ist kein Anhänger der künstlichen Frühgeburt, weil diese Operation ihren Zweck meistens verfehlt, indem die Kinder, auch wenn sie lebend geboren werden, doch nur in den wenigsten Fällen am Leben erhalten werden können, weil sie sehr vulnerabel bleiben und später häufig genug den leichtesten Störungen erliegen. Prochownik will nun auf dem Wege der Diätetik darauf hinwirken, dass die Kinder in ihrer Körperentwicklung, namentlich im Fettansatz zurückbleiben, so dass sie auch am normalen Ende der Schwangerschaft das verengte Becken zu passiren im Stande sind. Diess gelingt auch wirklich, wie aus den drei von Prochownik veröffentlichten Fällen hervorzugehen scheint. Die Diät der Mütter besteht darin, dass von der Zeit an, in welcher man die Massenzunahme des Kindes aufzuhalten beabsichtigt, eine an Wasser arme und von Kohlehydraten möglichst freie Kost zuführt. In allen drei Fällen wurden die vollständig ausgetragenen Kinder 50—52 cm lang, blieben aber wegen Nichteintritt des normalen Fettansatzes nur 2200—2400 Gramm schwer. Gleichzeitig blieben die Köpfe weicher und die Schädelknochen leichter verschieblich, so dass ein Kind in Schädellage ganz spontan geboren wurde und die beiden anderen, welche in Steisslage zur Geburt kamen, nur geringer Nachhilfe bedurften. Nach der Geburt holten die Kinder sehr rasch das Versäumte nach und entwickelten sich in vollständig normaler Weise.

Die Zahl der Prochownik'schen Beobachtungen ist zwar noch sehr gering, aber sie beweisen doch, dass man durch die Ernährung der Mutter auf die Entwicklung des Kindes Einfluss üben kann, und sie sind daher für die Physiologie der Schwangerschaft von höchstem Interesse. Ob sich freilich in dem von Prochownik gewollten Sinne stets das gehoffte Endziel erreichen lassen wird, muss die Beobachtung weiterer Fälle ergeben, ebenso ferner, ob nicht auch die auf diese Weise in ihrer Entwicklung aufgehaltenen Kinder vulnerabler bleiben. Jedenfalls ist aber die Prochownik'sche Beobachtung sehr beachtenswerth für den Praktiker, da die prophylaktische Behandlung des engen Beckens in ganz neue Bahnen gelenkt würde.

Stumpf.

[1]) Die Beobachtungen sollen von Champetier de Ribes in einem demnächst bei Steinheil in Paris erscheinenden Buche ausführlich mitgetheilt werden.

Norström: Céphalalgie et Massage. Paris 1890.

Bei einer Reihe von Kranken, welche an habituellem oder anfallsweise auftretendem Kopfschmerz leiden, welcher auch Aehnlichkeit mit der Migräne haben kann, sind Verhärtungen oder Infiltrationen in einem oder mehreren Muskeln nachzuweisen, welche am Kopfe inseriren, so z. B. im Sterno-cleido-mastoideus, in den Skalenis, dem Temporalis, Cucullaris oder der Galea aponeurotica.

Diese Infiltrationen, welche als Endresultat einer chronischen Myositis zu betrachten sind, machen an Ort und Stelle keinerlei Beschwerden und können in Folge dessen sehr leicht übersehen werden, bilden aber oft den Ausgangspunkt heftiger Kopfschmerzen. Sie sind meist entstanden im Gefolge von Erkältungen und oft werden auch daher die Schmerzanfälle von Witterungseinflüssen abhängig sein.

Diese Muskelverhärtungen werden einer mehrwöchentlichen Massagebehandlung unterzogen und Verfasser sah bei regelmässiger Anwendung dieses Verfahrens mit den Infiltrationen auch die Anfälle von Cephalalgie schwinden und dies sogar bei Kranken, welche schon jahrelang an Kopfschmerzen aborirten. Auch Schwellungen von Lymphdrüsen oder Ganglien bilden nach Verfasser mitunter den Ausgangspunkt eines heftigen Kopfwehs und werden dann in gleicher Weise behandelt. Die einzelne Massagesitzung soll 15—20 Minuten dauern.

Eine ungünstige Prognose gaben sehr veraltete Fälle, ferner das Kopfweh der Anämischen und Hysterischen, sowie der ununterbrochene Kopfschmerz, welcher bei Gehirnerkrankungen vorkommt.

v. Hoesslin-Neuwittelsbach.

Vereins- und Congress-Berichte.

XVIII. Deutscher Aerztetag zu München

am 23. und 24. Juni 1890.

(Originalbericht von Dr. L. Stumpf-München.)

In diesem Jahre hielt der deutsche Aerztevereinsbund, welcher nunmehr 225 Vereine mit 11068 Mitgliedern umfasst, seinen Bundestag in München ab, und wurden die Verhandlungen dieses XVIII. deutschen Aerztetages am 23. Juni Morgens 8 Uhr von dem Vorsitzenden des Geschäftsausschusses, geh. Sanitäts-

rath Dr. Graf-Elberfeld, in dem prächtigen Sitzungssaale der Gemeindebevollmächtigten im neuen Rathhause eröffnet. Ausser zahlreichen Gästen, besonders aus München und Bayern, waren erschienen 107 Delegirte, welche 9177 Stimmen vertraten. Als Vertreter der k. Staatsregierung hatten sich eingefunden der Staatsminister des Innern Frhr. von Feilitzsch und Obermedicinalrath Dr. von Kerschensteiner, als Vertreter der Stadt die beiden Bürgermeister Dr. von Widenmayer und Borscht mit dem zweiten Vorstande des Gemeindekollegiums, Commerzienrath Hänle.

Der Vorsitzende Dr. **Graf** eröffnete die Sitzung mit einer längeren Rede. Er gedachte mit Anerkennung der beiden früheren auf bayerischem Boden abgehaltenen Aerztetage und legte dar, dass die Aerztetage neben ihrer einigenden und zusammenfassenden Kraft eine doppelte Bedeutung haben: »Sie sollen streitige Fragen zur Entscheidung bringen und den Willen der Mehrheit klar stellen; — sie sollen aber auch Ruhepunkte bilden, von denen aus Umschau gehalten werden kann: Rückblicke auf das Gewollte und Erreichte, Ausblicke auf die vor uns liegenden Wege und Ziele.« Ferner entwickelte der Redner in Kürze das Arbeitsprogramm der diesjährigen Verhandlungen, in welchem die Hauptpunkte bilden die wichtige Frage der ärztlichen Prüfungsordnung, welche das zusammenfasst, was als die nothwendige Bedingung für das Wissen und Können des Arztes verlangt werden muss, ferner die den ärztlichen Stand betreffenden Paragraphen des zukünftigen bürgerlichen Gesetzbuches, welche schon dem vorjährigen Aerztetage zur Kritik und Beschlussfassung unterbreitet waren, endlich die Stellung der Aerzte zum Krankenkassengesetze, weil gehofft werden kann, dass in der durch dieses Gesetz erzeugten Krisis die Stimme der Gesammtheit der deutschen Aerzte nicht ungehört verhallen wird.

Die Berechtigung, durch die Beschlüsse dem Willen dieser Gesammtheit Ausdruck zu geben, erläuterte der Redner durch einen ebenso inhaltsreichen als formvollendeten Rückblick auf die Geschichte des Aerztevereinsbundes. Hervorgegangen aus kleinen Anfängen konnte der Aerztebund, der in den ersten Jahren nur die Minderheit der deutschen Aerzte umfasste und die Themata aufgriff und behandelte, wie sie sich gerade darboten, nur sehr langsam und vorsichtig an jene Aufgaben herantreten, wie sie im Jahre 1882 in Nürnberg und 1887 in Dresden in den Grundzügen einer deutschen Aerzteordnung sowie in der Stellungnahme zum Kurpfuschereiverbot zur Berathung standen. Viele versagten dabei die Mithilfe. Ihnen schloss die berechtigte Sorge um die Freiheit des ärztlichen Standes den Mund. Mehr und mehr hat man sich aber daran gewöhnt, der Frage des Kurpfuschereiverbotes ohne Beimengung anderer Gesichtspunkte näher zu treten. So kam es, dass in diesen Prinzipienfragen die Beschlüsse stets mit grossen Mehrheiten gefasst worden sind, ohne dass je von einer Ueberstürzung oder Vergewaltigung der Minorität gesprochen werden konnte.

Sodann wies der Redner nach, wie unbegründet die Meinung sei, dass durch eine angestrebte Aerzteordnung das Medicinalwesen der verschiedenen Bundesstaaten angetastet werden sollte. Niemals wurde z. B. die verschiedene Zusammensetzung der staatlich anerkannten Vertretung der Aerzte in den einzelnen Ländern, ihre verschiedenen Befugnisse und ihr verschiedenartiges Wahlrecht als Hinderniss für die Wünsche der innerhalb des Bundes stehenden Aerzte betrachtet. Dass diese Vertretungskörper mit disciplinarer Befugniss ausgestattet werden, muss immer und immer wieder gefordert werden. Die Berechtigung dieser Forderung wird auch denen immer klarer, die ihr bisher theoretische, freiheitliche Bedenken entgegensetzten. Die Aerzte verlangen lediglich die Selbstregierung des Standes. Damit diese Selbsthilfe möglich werde, müssen sie durch die Gesetzgebung in den Stand gesetzt werden, die schlechten Elemente fern zu halten oder sie zu verhindern Uebles zu thun. Angesichts der drohenden Zeichen der Zeit, die sich schon allerwärts mehr und mehr fühlbar machen, ist die feste Organisation, die Solidarität des ärztlichen Standes das einzige Mittel der Hilfe. Mit einem warmen Appell an die Collegen in Stadt und Land, an die Behörden und Volksvertretungen, sowie mit der Ermahnung zur Einmüthigkeit, Vereinigung und unermüdlichen Arbeit schloss der Redner seine Ausführungen.

Hierauf nahm der Staatsminister des Innern, Frhr. von Feilitzsch, das Wort, um der Versammlung die Versicherung zu geben, dass die bayerische Staatsregierung den Verhandlungen der ärztlichen Vertretungen im Aerztetage das regste Interesse zuwende. Bayern sei in der glücklichen Lage, auf dem weiten Gebiete der Gesundheitspflege wie auf jenem der ärztlichen Standesinteressen hochbedeutende Männer zu besitzen, ohne deren Anhörung in solchen Fragen Nichts geschehe. Der Minister begrüsste sodann die versammelten Delegirten und wünschte ihren Verhandlungen den besten Erfolg.

Der Vorsitzende dankte dem Minister für die freundlichen Worte, indem er hervorhob, welchen hohen Werth dieselben aus dem Munde eines Mannes hätten, dem das Medicinalwesen des zweitgrössten deutschen Staates anvertraut sei, eines Staates, dessen Medicinalverwaltung seit lange als eine mustergiltige bezeichnet werden könne.

Sodann begrüsste Bürgermeister Dr. von Widenmayer die Delegirten im Namen der Stadt und wies auf das gute Verhältniss und auf die Interessengemeinschaft hin, das die Gemeindevertretung von München mit dem ärztlichen Vereine seit einer Reihe von Jahren verbinde. — Auch dem Bürgermeister der Stadt wurde seitens des Vorsitzenden der wärmste Dank für den herzlichen Empfang ausgedrückt, den die Gemeinde-Vertretung Münchens dem Aerztetage in den Prachträumen des Münchener Rathhauses bereitet hatte.

Vor dem Eintritt in die Tagesordnung stimmte der Aerztetag ohne Discussion dem Antrage Sigel-Stuttgart zu, es sei den ärztlichen Vereinen auf's Wärmste zu empfehlen, dass sie die Errichtung eines Denkmals für Robert von Mayer, dem Entdecker der mechanischen Wärmetheorie und des Gesetzes von der Erhaltung der Kraft, in Heilbronn durch Beiträge fördern mögen.

Für den nächstjährigen Aerztetag lag eine Einladung aus Detmold vor. Die Versammlung beschloss ohne Debatte, die Wahl des nächsten Versammlungsortes wie bisher dem Geschäftsausschusse zu überlassen.

Auf dem diesjährigen, demnächst in Berlin stattfindenden medicinischen Congresse, bei dem eine Vertretung des Aerztevereinsbundes vom Organisations-Comité ursprünglich nicht in Aussicht genommen war, soll nunmehr derselbe durch einen Delegirten vertreten werden. Es wird eine vom Vorsitzenden verfasste Denkschrift überreicht werden, welche etwa 4000 Mark Kosten machen wird. Nachdem dem Vorgehen des Geschäftsausschusses in dieser Angelegenheit seitens der Versammlung Genehmigung ertheilt war, richtete der Vorsitzende an dieselbe die dringende Bitte, es möge einerseits eine möglichst zahlreiche Betheiligung aus den Vereinen stattfinden, andererseits mögen alle Missstimmungen und Meinungsverschiedenheiten angesichts der Theilnahme so vieler fremder Aerzte verstummen.

Hierauf erstattete Wallichs-Altona einen kurzen Bericht über die Geschäftslage und gab insbesondere bekannt, dass sich in Betreff des vom vorigen Aerztetage berathenen Antrages Samelsohn über die Berufung der Aerzte vor Gericht als »sachverständige Zeugen« die Justizverwaltungen einiger grösserer deutscher Staaten in zustimmendem Sinne geäussert haben.

Den Cassenbericht erstattete Hüllmann-Halle, und ging aus seinem Referate hervor, dass das verflossene Jahr mit einem Activreste von 3949 Mark abgeschlossen hatte, während das Vermögen nunmehr 16986 Mark betrug. Zur Prüfung der Rechnung wurden Wilhelmi-Wiesbaden und Dressler-Carlsruhe zu Revisoren erwählt.

Die Berathung des wichtigen vierten Punktes der Tagesordnung, der die **Reform der ärztlichen Prüfungsordnung** betraf, leitete Wallichs-Altona mit einem ausführlichen Berichte ein, in welchem er über die Vorarbeiten sowie über die Art der Behandlung der vorliegenden Materie sich verbreitete. Die Frage, welche im vorigen Jahre von Dressler-Carlsruhe behandelt worden war, wurde inzwischen vielfach in der Fachpresse besprochen. Zu ihrer Lösung wurden zunächst an den drei grössten Hochschulen Deutschlands Commissionen gebildet, welche aus Professoren, Examinatoren und praktischen Aerzten

zusammengesetzt waren. Diese Commissionsberathungen hätten ein äusserst reichhaltiges und werthvolles Material geliefert, zu dem jedoch der Aerztetag nicht bis in seine Einzelnheiten Stellung nehmen könnte. Die Versammlung müsse sich darauf beschränken, aus der Fülle des Stoffes die Hauptpunkte hervorzuheben, über sie das Urtheil abzugeben, und die Beschlüsse wären sicher von grossem Gewichte, wenn sich die Versammlung in den Hauptfragen einigen könnte. Der Geschäftsausschuss habe es für seine erste Pflicht betrachtet, nur tüchtig ausgebildete Männer der Erlangung der Approbation für würdig zu erachten. Die erste Bedingung zur Zulassung zur Prüfung sollte vor Allem die Unbescholtenheit des Candidaten sein. Diese Forderung müsse aber in den Reformvorschlägen ausdrücklich ausgesprochen sein, und sei der Mangel einer derartigen präcisen Bestimmung schon mehrfach unangenehm empfunden worden. Ob die Doctorpromotion vor oder nach der Approbation zu machen sei, stehe mit der Frage der Reform nicht in engem Zusammenhange. Hier lägen die Schwierigkeiten bei den Hochschulen, da es sich ja in diesem Punkte um eine Geldfrage handelte.

In der sehr beachtenswerthen Arbeit Quincke's über die Reform der ärztlichen Prüfungsordnung tadelte dieser Autor vor Allem, dass die Einheitlichkeit des medicinischen Examens ganz verloren gegangen sei, indem es in lauter einzelne Theile zerrissen wäre, und dass es durch die allmälige mit dem Examen Schritt haltende Vorbereitung auf die einzelnen Fächer sehr schwierig, ja fast unmöglich sei, durchzufallen. Hierauf gab der Referent eine Uebersicht der Reformvorschläge, welche in drei grosse Abschnitte gruppirt worden seien, von denen der I. Abschnitt sich auf den Inhalt der Prüfung, der II. auf das Verfahren bei derselben, der III. endlich auf die Frage der Reorganisation des medicinischen Unterrichts, auf die Vorbereitung und Zulassung zur Prüfung beziehen.

Nachdem die 3 Referenten der Commissionen, Dr. von Ziemssen-München, Dr. Hartmann-Berlin und Dr. Henrici-Leipzig auf eine Generaldiscussion verzichtet hatten, erbat sich Dressler-Carlsruhe das Wort, um vor Allem der Verwahrung Ausdruck zu geben, als habe er lediglich die Prüfung verschärfen wollen in der Absicht, vor dem Studium der Medicin abzuschrecken.

An der sich daran schliessenden Geschäftsordnungsdebatte, die sich um die Frage drehte, ob nicht der III. Abschnitt, welcher ja logisch den beiden anderen Abschnitten vorausgehe, da er von der Vorbereitung zur Prüfung handelte, zuerst behandelt werden sollte, betheiligten sich Ziemssen-München, Busch-Crefeld, Asch-Breslau, Landsberger-Posen, Henrici-Leipzig, Aub-München. Nachdem ein genügend unterstützter Antrag auf Schluss der Discussion angenommen war, wurde mit grosser Majorität beschlossen, die Reihenfolge der Berathungsabschnitte nicht zu ändern.

Ueber den Inhalt der Prüfung lagen seitens der 3 Commissionen folgende Reformvorschläge vor:

I. 1) Die Anatomie und Physiologie sind im Wesentlichen in der Vorprüfung zu erledigen.

2) In ihr ist den anderen Disciplinen, ausser etwa der Chemie, ein geringeres Gewicht beizulegen.

3) In der Prüfung selbst soll die Psychiatrie ein eigener Prüfungsabschnitt sein.

4) Die Pharmakologie ist von der inneren Medicin zu trennen.

5) Die Augenheilkunde von der Chirurgie.

6) Die Ohrenheilkunde wird Prüfungsgegenstand.

7) Die Impftechnik fällt als Prüfungsabschnitt fort.

Nachdem die Referenten Ziemssen, Hartmann und Henrici die Ziffer 1 warm befürwortet hatten, wurde dieselbe nach längerer Discussion, an welcher sich Lindmann-Mannheim, Asch-Breslau, Ruge-Berlin und insbesondere Voit-München betheiligten, und von denen der Letztere die Erfordernisse und Bedingungen eines erspriesslichen physiologischen Studiums darlegte und sich mit dem Sinne und Wortlaute der ersten These nicht einverstanden erklärte, in der darauffolgenden Abstimmung in der Fassung der Commission mit Mehrheit angenommen.

Die 2. These wurde vom Referenten zurückgezogen, was Billigung fand.

Bei der 3. These entspann sich eine lebhafte Discussion. Für die Einführung der Psychiatrie als Prüfungsgegenstand traten ein Grashey-München, Merkel-Nürnberg, Hartmann-Berlin, Wiebecke-Frankfurt a/O., Kumschert-Fromlautern, Mörs-Cöln sowie Wallichs und Henrici. Gegen die These sprach Ruge-Berlin, der die Prüfung nicht allzusehr zu belasten rieth. Bei der Abstimmung sprach sich für die These die grosse Mehrheit der Versammlung aus. Der Antrag Mörs-Cöln, mit dieser These auch die gerichtliche Medicin in's Examen einzuführen, wurde vom Vorsitzenden nicht zur Discussion und Abstimmung zugelassen.

Bei der 4. These schlug Wallichs vor, in der Abstimmung diese mit der 5. These zusammenzufassen. Nachdem hier Ziemssen das Wort ergriffen hatte in dem Sinne, es möge die Prüfung nicht verlängert, sondern vielmehr verkürzt werden, wurden beide Sätze gestrichen, da die Mehrheit der Versammlung der Ansicht war, dass dieselben zu sehr Interna der Prüfung beträfen. Mehrere Versuche, die Thesen wieder einzusetzen, fanden keine Billigung seitens der Mehrheit.

Die 6. These erregte eine lebhafte Discussion, an welcher sich betheiligten Hartmann, Kumschert, Götz-Leipzig, Becher-Berlin, Wallichs. Nachdem Ziemssen betont hatte, dass die Ohrenheilkunde kein Prüfungsabschnitt, sondern lediglich Prüfungsgegenstand werden sollte, ergab die Abstimmung die Annahme der These.

Beim 7. Satze der Vorschläge ergriffen das Wort Wallichs, Ziemssen und Mörs, und bezeichneten die beiden ersten Redner die Aufstellung der Impftechnik als eigenen der Hygiene gleichwerthigen Prüfungsabschnitt mit Recht als unverständlich und unhaltbar. Die Abstimmung ergab die fast einstimmige Annahme der These.

Zur Ergänzung der eingebrachten Reformvorschläge, welche den Inhalt der Prüfung betrafen, stellte Dressler-Carlsruhe den Antrag auf die Einführung der gerichtlichen Medicin als Prüfungsgegenstand und begründete seinen Antrag damit, dass jeder Arzt im Stande sein sollte, ein Gutachten vor Gericht abzugeben. Nachdem der Antrag genügende Unterstützung gefunden hatte, wurde derselbe nach eingehender Discussion, an welcher sich Philipp-Berlin, Mörs-Cöln, Cnyrim-Frankfurt, Bollinger-München, Wallichs und Becher betheiligten, mit Mehrheit abgelehnt. Das gleiche Schicksal hatte der Antrag von Landsberger-Posen, welcher auch Laryngologie, Dermatologie und Neuropathologie als eigene Prüfungsgegenstände eingeführt wissen wollte. Da mit Recht entgegnet wurde, dass diese Gegenstände ohnehin zum Gebiete der internen Medicin gehörten, so fand der Antrag keine genügende Unterstützung.

Im II. Abschnitte, welcher vom Verfahren bei der Prüfung handelte, lauteten die Commissionsvorschläge:

1) Die Prüfungscommission soll nicht ausschliesslich aus Lehrern der Candidaten bestehen.

2) Die Prüfungsfragen sind zu veröffentlichen.

3) Die ganze Prüfung darf nie über zwei Jahre dauern.

4) Die Fristen zwischen den einzelnen Abschnitten bezw. deren Wiederholungen sind zu kürzen, auch die Dauer der Abschnitte selbst.

5) In den praktischen Theilen genügt die Gegenwart eines Examniators.

6) Die Berechnung der Censuren bedarf einer Abänderung.

Bei der ersten These wollte Asch-Breslau dem vielfach geäusserten Verlangen nach Einführung des Laien-Elementes in die medicinische Prüfung in der Form Ausdruck gegeben haben, dass er den Antrag stellte, dem ersten Satze den Wortlaut zu geben: »In jeder Station muss mindestens ein Examinator ein nicht der Universität angehöriger Arzt sein.« In der Discussion, an welcher sich Henrici, Hartmann, Ziemssen, Becher, Schneider-Fulda, Lindmann und Wallichs betheiligten, wurde zwar zugegeben, dass mit der Zuziehung von praktischen Aerzten zur Prüfuug, wie sie an kleineren Universitäten statt,

findet, gute Erfahrungen gemacht worden seien, doch sprachen sich die meisten Redner für den allgemeiner gehaltenen Commissionsantrag aus, der denn auch nach Ablehnung des Antrages Asch seitens der Majorität Annahme fand.

Zur 2. These stellte v. Ziemssen den erweiternden Antrag, dass auch die Prüfungs-Ergebnisse veröffentlicht werden sollten. Da Wallichs auf die Beibehaltung der 2. These keinen grossen Werth legte, und Lindmann deren Streichung befürwortete, wurde dieselbe nach den Ausführungen Krabler's-Greifswald gestrichen, der Antrag Ziemssen's jedoch nach vorausgegangener geschäftsordnungsmässiger Interpretation seitens des Vorsitzenden als selbstständiger Antrag aufrecht erhalten und von der Mehrheit angenommen, und zwar um so mehr, als diese Maassregel in Preussen schon besteht und sich als sehr zweckmässig bewährt hat.

Für die 3. und 4. These trat besonders v. Ziemssen ein, der das jetzt eingeführte Verfahren einen Unfug und eine Trödelei nannte und dies mit dem Kuriosum begründete, dass es bei dem heutigen Verfahren möglich sei, die medizinische Prüfung unter Benutzung aller zulässigen Momente auf einen Zeitraum von 14 Jahren (!) auszudehnen, was allgemeine Heiterkeit hervorrief. An der Debatte betheiligten sich Hartmann Lindmann, Becher und Wallichs, und wurden die Thesen 3 und 4, in gleicher Weise auch die 5. These mit grosser Mehrheit angenommen.

Bei der 6. These, über deren Berechtigung allgemeine Uebereinstimmung herrschte, zeigten Krabler und Penzoldt-Erlangen an drastischen Beispielen, zu welchen Inconsequenzen und Ungerechtigkeiten das heutige Verfahren der Berechnung der Censuren zu führen geeignet sei. Nach den Ausführungen Ziemssen's, der gleichfalls eine Aenderung der Censuren für zweifellos nothwendig erklärte, fand die These einstimmige Annahme.

Zwei weitere von Penzoldt eingebrachte Anträge, welche lauteten:

»Die Anzahl der Examinatoren ist möglichst zu vermehren«, sowie

»Die Möglichkeit der Wiederholung kleinerer Theile eines Prüfungsabschnittes ist auszuschliessen«

fanden nach eingehender Motivirung derselben seitens des Antragstellers und nach den Ausführungen von Lindmann und Minckwitz-Röhrsdorf, von denen sich der Erstere dafür, Letzterer dagegen aussprach, seitens der Majorität als These 7 und 8 Annahme.

Der III. Abschnitt der Commissionsvorschläge, welcher von den Vorbedingungen der Zulassung zur Prüfung, sowie von der Organisation des medizinischen Unterrichts handelte, enthielt folgende Sätze:

1) Die Zulassung zur Prüfung wird bedingt durch das Zeugniss der Reife von einem humanistischen Gymnasium, durch Unbescholtenheit, durch den Nachweis eines bestimmten Studiengangs und praktischer Ausbildung.

2) Der medizinische Unterricht bedarf, um wirksamer zu werden, einer Organisationsänderung.

3) Das Studium dauert mindestens 5 Jahre, an den militärärztlichen Bildungsanstalten mindestens $4^1/_2$.

4) Es sind zwei Meldungstermine im Jahre nöthig.

5) Die Doktorpromotion ist in der Regel erst nach der Approbation zulässig.

6) Die Dauer der Assistentenzeit an den klinischen Instituten der Universitäten ist bestimmt zu begrenzen.

In der Discussion über diese Sätze ergriff zuerst Wallichs das Wort und schlug vor, über die Sätze dieses III. Abschnittes überhaupt nicht abzustimmen, höchstens die 2. These zur Abstimmung zu stellen. Jedenfalls möge man das Eingehen auf die Frage des humanistischen Bildungs-Ganges vermeiden, da hierüber bereits von einem früheren Aerztetage entschieden worden sei.

Nunmehr verbreitete sich Hartmann über die Unzulänglichkeit der medizinischen Ausbildung. Er betonte, dass die Praktikantenscheine nicht als Maassstab für die Kenntnisse eines Mediziners verwerthet werden könnten, führte Billroth und Ebstein als Gewährsmänner an, welche der übereinstimmenden Meinung seien, dass nur bei höchstens 50 Klinicisten der klinische Unterricht nutzbringend sei, bewies an der Hand der Frequenzzahlen der deutschen Universitätskliniken die Unmöglichkeit gründlicher Ausbildung des Einzelnen und erläuterte die Nothwendigkeit der Ausbildung der Mediziner in Krankenhäusern an der Hand der vortrefflichen englischen Einrichtungen. Ziemssen erklärte seine volle Uebereinstimmung mit dem Vorredner. Nach seiner Meinung müsste ein halbjähriger Dienst in einem Krankenhause einem halben Jahre der Universitäts-Studien entsprechen, und weiterhin sollten die zur Dienstleistung für die Mediziner passenden Krankenhäuser von der Behörde bezeichnet werden. Als Beleg für seine Ansicht wies Ziemssen auf die guten Erfahrungen hin, die er mit der Einführung des Institutes der Coassistenten gemacht habe. Schliesslich rieth er, bei der Berathung dieser Materie auf die Detailfragen der Ausführung nicht einzugehen. Dies könnte und sollte einer Commission überlassen bleiben, welche an den nächsten Aerztetag Bericht zu erstatten hätte, auf welche Weise die praktische Ausbildung der Kandidaten besser gefördert werden könnte.

Es wurden nun aus der Versammlung mehrere Anträge gestellt, welche sämmtlich die Meinung zum Ausdruck brachten, dass die derzeitige Vorbildung der Mediziner auf den deutschen Universitäten dringend einer durchgreifenden Aenderung bedürfte. An der Diskussion betheiligten sich besonders die Antragsteller Bumke-Stolp, Asch-Breslau und Landsberger-Posen. Hartmann gab der Freude Ausdruck, dass in der vorliegenden Frage so grosse Einmüthigkeit herrschte und glaubte in dieser Einmüthigkeit die sicherste Gewähr für die Erreichung des angestrebten Zieles sehen zu können. Bei der Abstimmung wurde an Stelle der Commissionsthesen der Antrag Bumke angenommen, welcher lautete:

»Der medizinische Unterricht bedarf einer Aenderung in der Richtung, dass eine gründlichere praktische Ausbildung der angehenden Aerzte stattfindet.«

Ebenso fand der Antrag Ziemssen's, die Frage der Reorganisation des medizinischen Unterrichts einer Commission zu überweisen, welche dem nächsten Aerztetage ihre Anträge zu unterbreiten hat, fast einstimmige Annahme, worauf die übrigen Antragsteller ihre Vorschläge zurückzogen. So hielt auch Asch seinen auf Einführung neuer gesetzlicher Bestimmungen für die Ertheilung des Doktortitels hinzielenden Antrag nicht aufrecht, als Ziemssen darauf hinwies, dass es das ureigenste Recht der Fakultäten sei, in dieser Sache nach Gutdünken zu verfahren. Angesichts der neuen durch die Annahme der beiden obenerwähnten Sätze gegebenen Sachlage wurde von Beschlüssen über die einzelnen Thesen des III. Abschnittes Abstand genommen.

Eine längere Discussion, an welcher sich Wallichs, Asch, Aub und Becher betheiligten, ergab die Frage, in welcher Weise die vom Aerztetage beschlossenen Anträge wirksam gemacht werden sollten. Endlich wurde beschlossen, die Commissionsberichte sammt dem stenographischen Berichte über die Verhandlungen des Aerztetages dem Bundesrath vorzulegen und dem Geschäftsausschusse die Form zu überlassen, in welcher diess geschehen sollte.

Um $2^1/_2$ Uhr Nachmittags wurden nach dem Willen der Mehrheit die Verhandlungen auf den 24. Juni vertagt, und zwar sollte die Behandlung des Krankenkassengesetzes den ersten Gegenstand der Tagesordnung der nächsten Sitzung bilden. —

Nachmittags $3^1/_2$ Uhr versammelten sich die Delegirten und eine grosse Anzahl von Gästen in dem Prachtsaale des alten Rathhauses zu einem Festbankett, zu welchem Künstlerhand in sinniger Weise das Menu geziert hatte.

(Schluss folgt.)

Berliner medicinische Gesellschaft.

(Originalbericht.)

Sitzung vom 16. Juni 1890.

Vorsitzender: Herr Leyden.

(Schluss.)

Tagesordnung: Herr Dr. **Oppenheim** (als Gast), Oberstabsarzt **Köhler** (als Gast) und Herr **Sonnenburg: Kasuistischer Beitrag zum Kapitel der Hirnchirurgie** mit Krankenvorstellung.

Herr Oppenheim beobachtet Anfang dieses Jahres eine Frau, welche angeblich September 1889 eine linksseitige Apoplexie durchgemacht hatte. Damals war nach anfänglicher Besserung eine Verschlimmerung eingetreten. Der linke Arm war bei ihrer Aufnahme ganz paralytisch. Daneben bestand Facialisparese und Parese des linken Beines. Lues wurde geleugnet. Alle therapeutischen Massnahmen blieben erfolglos, eine Schmierkur verschlimmerte nur den Zustand. Oppenheim stellte die Diagnose auf ein Cystosarcom und zwar im Centrum des Facialis, Arms und Hypoglossus, also im unteren Theile des Gyrus praecentralis bis zur dritten Stirnwindung reichend. Er zog Herrn Koehler zu, um über eine eventuelle Operation zu berathen. Dieselbe wurde ausgeführt, indem ein über Fünfmarkstückgrosses Stück aus dem Schädel entfernt wurde in Form eines Ω mit Erhaltung des Periosts. Ausserdem wurde der Meissel schräg von aussen nach innen eingesetzt, weil sich auf diese Weise das reponirte Knochenstück besser einfügte.

Der Sulcus Rolandi und 2 Gyri lagen in der Wunde, von denen der eine die normale Farbe der grauen Rindensubstanz, der andere dagegen eine blaurothe Beschaffenheit hatte. Beim Eindringen mit dem Finger kam man auf eine Cyste, welche sich noch weiter nach vorn und unten erstreckte, sodass noch ein Stück des Schädeldachs gänzlich entfernt werden musste. Der Cysteninhalt wurde entleert, dagegen, weil zu tief liegend, die untere Cystenwand mit dem Gehirn in Verbindung gelassen. Der Puls, welcher während der Operation auf 51 gesunken war, hob sich gleich nach Entleerung der Cyste auf 68 und wenige Stunden später auf die Norm. Ebenso verschwand sofort die Facialisparese; dagegen blieben die anderen Lähmungserscheinungen noch bestehen. Die Heilung erfolgte fieberlos mit Einheilung des grössten Theils des entfernten Knochenstücks; 4 Wochen post operationem stellten sich die ersten Bewegungen im Arme ein, welche jetzt, 8 Wochen nach der Operation, schon soweit vorgeschritten sind, dass der Arm über Schulterhöhe gehoben werden kann.

2) Mädchen von 12 Jahren. Bald nach der Geburt zeigten sich Zuckungen und Krämpfe, welche allmälig zunahmen und vollständig die Form einer infantilen Rindenepilepsie darboten. Da jegliche Medication fruchtlos blieb, die Anfälle sich immer häufiger wiederholten und durch den geringsten Schreck ausgelöst wurden, stellte Herr A. Oppenheim der Patientin sein Sanatorium zur Verfügung, wo Sonnenburg sie untersuchte. Der Vortragende glaubte meningitische Verwachsungen und durch sie hervorgerufenen Druck auf die Hirnrinde als Ursache der Epilepsie ansprechen zu können.

Sonnenburg unternahm die Operation, die in derselben Weise wie oben vorgenommen wurde, nur, dass man dies Mal noch exacter auf eine Cyste stiess, deren vorliegende Wand resecirt wurde. Sie hatte einen wasserklaren Inhalt. Unter derselben lagen die atrophischen Gyri praecentralis und postcentralis, sowie die dritte Stirnwindung mit dem Facialiscentrum, ohne dass das Hypoglossuscentrum afficirt gewesen wäre. In diesem Falle erregte eine faradische Reizung der vorliegenden Theile Zuckungen in Arm, Bein und Facialis, und gab so die Gewissheit, dass die richtige Stelle getroffen war. (Im ersten Falle war dies missglückt.) Da es nicht gelang, die Cystenwand von den atrophischen Gyri loszuschälen, weil sie zu brüchig war, so entschloss sich Sonnenburg im Gegensatz zu den amerikanischen Chirurgen, welche in diesem Falle die Gyri mit der Cystenwand wegnahmen, Beides drinzulassen und den Schädel zu schliessen. Die Heilung erfolgte fieberlos. Das ganze resecirte Knochenstück heilte ein, doch war in diesem Falle die Besserung eine verhältnissmässig geringe, insoferne die Anfälle zwar an Heftigkeit und Häufigkeit nachliessen, aber doch immer noch etwa wöchentlich einmal auftraten. —

Verein für innere Medicin zu Berlin.

(Originalbericht.)

Sitzung am 23. Juni 1890.

Vorsitzender: Herr Fräntzel.

Herr **Goldscheider: Ueber einen Fall von Rückenmarkscompression** und Demonstration von Präparaten.

Meine Herren, es handelte sich im vorliegenden Fall um eine Frau von 61 Jahren, die vorher stets gesund war und 2 mal geboren hat. Ende Januar dieses Jahres traten nach einer Erkältung Schmerzen in den Schulterblättern auf, die in die Arme ausstrahlten. Es bestand Appetitlosigkeit und in der Folge Abmagerung, Blase und Mastdarm waren intact. Eine antirheumatische Behandlung war ohne Erfolg. Die Kranke nahm ihre Arbeit wieder auf, da sich keine Aenderung zeigte. Am 18. Mai konnte sie noch gehen, am 19. früh konnte sie die Beine nicht mehr bewegen, der Arzt constatirte Lähmung mit Gefühllosigkeit. Im Laufe des Tages konnte der Urin nicht ohne Katheder entleert werden, es trat unwillkürlicher Stuhl auf, die Kräfte verfielen. Am 30. Aufnahme in die Charité. Status: Kräftezustand noch leidlich, Arme atrophisch, links freie Beweglichkeit, rechts beim Heben des Armes Tremor. Beine vollkommen gelähmt; Blase mit Urin gefüllt, unwillkürlicher Stuhl; Bruch stark gewölbt; bei Hustenstössen contrahiren sich nur die Recti. Gefühllosigkeit der unteren Extremitäten bis über den Nabel hinauf. Trigeminus, Facialis und Pupillen normal. Diagnose also: Paraplegia spinalis im oberen Theil des Dorsalmarks. Es finden sich noch die Hautreflexe geschwächt, Sehnenreflexe erhalten, Wirbelsäule in der Gegend der oberen Brustwirbel empfindlich. Decubitus und eitrige Cystitis. Die Ergebnisse der Autopsie sollen Ihnen hier demonstrirt werde. Bezüglich der Aetiologie wurde intra vitam Compressionsmyelitis angenommen; dieselbe konnte bedingt sein durch Caries, Carcinom, Aneurysma. Für Carcinom sprach nichts, ebensowenig für Caries; für Aneurysma sprach einiges, indessen war keine Recurrens-Lähmung vorhanden, keine Dämpfung. Gegen Carcinom sprach der verhältnissmässig geringe Schmerz. Im Allgemeinen neigt man sich der Annahme des Aneurysma zu. Die Section ergab: Compressionsmyelitis, des Rückenmarks vom II.—IV. Brustwirbel. Rückenmark erweicht und eingesunken, die Substanz quoll über die Schnittfläche hervor. Mikroskopisch zahlreiche Körnchenzellen. Bewirkt war diese Veränderung durch Infiltration der Dura infolge Carcinoms des II.—IV. Brustwirbelkörpers, ausgegangen von einem dreimarkstückgrossen Carcinom an der kleinen Curvatur des Magens. Dasselbe war der Palpation intra vitam entgangen in Folge der sehr stark aufgetriebenen Bauchdecken. Auch anamnestisch war dasselbe nicht feststellbar gewesen. Interessant ist, dass auch wirklich ein Aneurysma der Aorta ascendens und des Arcus der arteriosclerotisch veränderten Aorta vorhanden war. So war also ein Aneurysma vorhanden, ohne wirklich die Compressionsmyelitis bewirkt zu haben.

Herr Leyden: Die Carcinome der Wirbelsäule gehören zu den seltensten Erscheinungen; dieselben sind sehr selten primär, sie treten in der Mehrzahl der Fälle auf nach Operation des Mammacarcinoms. Schon Sir W. Gull hat hervorgehoben, dass die Carcinome der Wirbelsäule enorm schmerzhaft sind, und dabei festgestellt, dass die Schmerzhaftigkeit neben der Wirbelsäule liegt, während sie bei Caries in der Seite sitzt.

Es folgt die Discussion über den Vortrag des Herrn Stabsarzt **Köhler: Zur chirurgischen Behandlung der narbigen Pylorusstenosen.**

Herr Klemperer: Ich will hier nur, anknüpfend an den Vortrag, erinnern an die traurige Prognose, die von Herrn Litten vor 10 Jahren etwa für Pylorusverengerungen gestellt wurde. Die innere Medicin hat hier wesentlich diagnostische Aufgaben, schwierig ist nur die Entscheidung des Grades der Strictur. Bei vollkommenem Verschluss fallen alle diese Fälle der Chirurgie zu, die Operation hat sofort zu erfolgen. Heute können wir die Diagnose auf vollständigen Verschluss mit Bestimmtheit stellen; wenn 100 ccm Oel in den Magen eingeführt in

gleicher Menge wieder erscheinen, so handelt es sich um vollständigen Verschluss und ist sofort zu operiren. Anders, wenn der Verschluss noch nicht vollständig ist, aber sicher es werden wird; in einem Falle wurde eine solche Diagnose gestellt, es wurde operirt, indessen nicht mit ganzem Erfolg; von 100 ccm Oel wurden 75 wiedergegeben. Bei diesem Falle schlugen wir eine II. Operation vor, die Chirurgen warteten und die Patientin ist noch jetzt gesund. Dies spricht jedoch nicht gegen uns; denn die Patientin ist nicht als geheilt zu betrachten und kann nicht ohne Behandlung bleiben.

Herr Litten: Als ich meine Arbeit über die Schwefelsäurevergiftungen publicirte, hatte ich eine grosse und schmerzliche Erfahrung hinter mir. Die Kranken gingen zu Grunde, da von den Chirurgen die Operation stets abgelehnt wurde. Und doch liegen die Verhältnisse hier sehr günstig, da die Magenschleimhaut meist intact bleibt. Das Oelexperiment scheint mir für die Diagnose nicht so viel zu leisten. Eine Strictur kann praktisch als vollkommen gelten und doch noch für Oel durchgängig sein.

Herr Leyden: Herr Klemperer hat ganz richtig gesagt, dass bei vollkommenem Verschluss nicht gewartet werden darf. Die Oelprobe ist nach unseren Erfahrungen stets zuverlässig gewesen. Die Prognose ist niemals mit vollkommener Sicherheit zu stellen; so hatten wir eine Patientin mit Strictur nach Schwefelsäurevergiftung. Die Strictur war so hochgradig, dass nur alle 4 Tage eine Defaecation zu Stande kam. Wir zögerten sehr lange und bevor wir uns zur Operation entschlossen, erholte sich die Patientin wieder. Ich meine, auch dieser Fall spricht nicht gegen uns.

Herr Litten: Wenn man das Material lange beobachten kann, so ergiebt sich, dass eine ziemliche Anzahl von Fällen, die als quasi geheilt entlassen waren, wieder zurückkommt und dann zu Grunde geht. Ich habe damals auf Grund meiner Beobachtungen angegeben, dass die Prognose um so schlechter ist, je höher das specifische Gewicht des Urins ist. Ich habe über 1050 gefunden. In diesen Fällen war die Prognose stets schlecht.

Herr Köhler (zum Schlusswort): Das Material umfasst jetzt 16 Fälle von Operirten mit 4 Todesfällen, von denen aber einer an einer intercurrenten Krankheit zu Grunde ging. In einem zweiten Falle hatten wir zuerst die Loreta'sche Methode versucht, wodurch sich die Operation über 2 Stunden hinzog, worauf wahrscheinlich der schlechte Verlauf dieses Falles zurückzuführen ist. Was die Frage der anderen Methoden betrifft, so hat die Pyloroplastik gegen die Gastrojejunotomie und andere Methoden keine Nachtheile, dagegen den sehr wichtigen Vortheil der grösseren Schnelligkeit.

Greifswalder medicinischer Verein.

(Originalbericht.)

Sitzung am 7. Juni 1890.

Vorsitzender: Herr Mosler. Schriftführer: Herr Strübing.

Herr **Colley** stellt einen im Anschluss an Influenza entstandenen, in der hiesigen medicinischen Klinik behandelten Fall von Morbus Basedowii bei einer nervösen und auch hereditär nervös belasteten Patientin vor. Ergotininjectionen haben eine nicht unbedeutende Besserung herbeigeführt.

Herr **Mosler** demonstrirt einen im Anschluss hieran in differentiell-diagnostischer Hinsicht interessanten Fall von rechtsseitigem Tumor der Schilddrüse mit secundärem Exophthalmus bei einem 57jährigen Arbeiter, der am 2. Mai eine Anschwellung der rechten Halsseite bemerkte, welche schnell wachsend Respiration und Schluckbewegung beeinträchtigte und rechtsseitigen Exophthalmus und Thränenfluss zur Folge hatte. Es fand sich ein harter, circumscripter, unregelmässiger Tumor, der von dem rechten Lappen der Schilddrüse ausging und ein kleinerer, haselnussgrosser Tumor medianwärts davon. Die übrige Schilddrüse war hypertrophisch. Geräusche waren über dem Tumor nicht zu hören. Neben dem Exophthalmus war rechterseits Ptosis und das Gräfe'sche Symptom vorhanden. Der Vortragende hält den Tumor für Skirrhus und hält die Exstirpation um so mehr indicirt, da zunächst nur die eine Hälfte der Schilddrüse ergriffen ist.

Herr **Stoever:** Demonstration eines Falles von Sehnervenatrophie.

Bei dem 12jährigen Knaben Erich T. stellten sich Ende November unmittelbar im Anschluss an Influenza Sehstörungen ein, die allmählich zunahmen. Bei der Aufnahme in die Augenklinik des Herrn Professor Schirmer zu Anfang Mai wurde doppelseitige Sehnervenatrophie constatirt.

Einen zweiten ähnlichen Fall hat Stoever bei einem 35jährigen Arbeiter beobachtet, wo sich ebenfalls nach überstandener Influenza doppelseitige Sehnervenatrophie entwickelte.

Bei beiden Fällen trat zunächst bei entsprechender Behandlung geringe Besserung, dann Stillstand des Leidens ein.

Weiterhin erwähnt Stoever einen dritten Fall, bei dem sich während der Influenza Exophthalmus, Ptosis und Lähmung des M. rectus superior am linken Auge ausbildete. Hier trat nach 7 Wochen Heilung ein.

Herr **Mosler:** Demonstration eines Falles von Akromegalie.

Bei einer 41jährigen Frau von hereditär neuropathischer Constitution entwickelten sich nach frühzeitigem Ausbleiben der Menses Paraesthesieen an beiden Händen, besonders den Fingerspitzen, Hervortreten der Augen nebst häufigem Thränen, sodann Verlängerung der Ohrläppchen und Dickerwerden der Nase. Seit etwa 3 Jahren machte sich eine sehr auffällige Volumenszunahme der Finger und Zehen bemerkbar. Es ist dieser Fall für die Frage nach dem Wesen der Akromegalie, ob Wachsthumsanomalie, ob eigentliche Krankheit, von grosser Bedeutung. (Spätere, ausführliche Veröffentlichung.)

(Schluss folgt.)

Verschiedenes.

(Eine einfache Zuckerprobe.) Ein Arzt in Cairo, Dr. v. Becker, macht auf ein überaus einfaches Verfahren aufmerksam, einen Zuckerbefund im Harn in kürzester Zeit zu constatiren. Unsere Visitenkarten enthalten in ihrem Papierstoffe viel Kali. Man nimmt also eine solche Karte, taucht sie in eine Kupferoxydlösung und lässt sie trocknen. Hiebei erscheint das schwefelsaure Kupferoxyd in kleinsten Krystallen an der Oberfläche der Karte. Die so präparirten Karten kann man bei sich herumtragen. Hat man nun einen Harn auf Zucker zu untersuchen, so taucht man in denselben ein Stückchen Holz (Zündhölzchen) und macht dann damit auf der besagten Karte zwei oder drei Striche. Sodann fährt man mit der Karte einigemale über eine angezündete Lampe (Kerzenflamme) und sofort erscheinen die gemachten Striche, wenn Zucker im Harne anwesend ist, mehr minder lebhaft braun gefärbt. Normaler Harn lässt selbstverständlich diese Verfärbung der gesetzten Striche nicht erscheinen, und man wird gut thun, stets gleichzeitig die Gegenprobe mit nicht zuckerhaltigem Harne anzustellen. (Allg. Wien. med. Ztg.)

(Stanley und die Schutzpockenimpfung.) Stanley und sein ärztlicher Begleiter Dr. Parke wurden von Lord Herschell aufgefordert, vor der englischen Vaccinations-Commission über die Beobachtungen Bericht zu erstatten, die sie während ihres Zuges durch Afrika bezüglich des Einflusses der Schutzpockenimpfung auf die Morbidität und Mortalität an Variola gemacht haben. Dr. Parke theilte mit, dass er 40 einheimische Träger der Karavane geimpft hatte. Als nun eine sehr heftige Variola-Epidemie ausbrach, blieben 38 von ihnen gesund; die übrigen 2, die sehr unansehnliche Impfnarben hatten, bekamen leichte Pocken und genasen ohne jede Entstellung. Ringsum fielen in Folge der Variola die nicht geimpften Einheimischen wie die Fliegen. (W. med. Pr.)

(Bädernachrichten.) Die Heilanstalt Reiboldsgrün i./S. hat soeben ein neues Kurhaus, 52 zu 18 Meter gross, mit vielen Gesellschaftsräumen, sowie eine neunte Villa zu Aufnahme von Kurgästen fertig gestellt. Es stehen derselben jetzt circa 150 Zimmer für Kranke zur Verfügung. Aus kleinsten Anfängen seit dem Jahre 1873 entstanden, steht die Anstalt keiner der grössten Heilanstalten Deutschlands in Bezug auf Vorzüglichkeit der Einrichtungen nach.

— Seit 14 Tagen ist in der Wasserheilanstalt Bad Thalkirchen bei München die elektrisehe Beleuchtung eingerichtet, sowohl für die Speisesäle, Gänge und Baderäume, als auch für einen grossen Theil des Gartens, die Gartensalettchen und die Kegelbahn. Alle Fremdenzimmer können elektrisch beleuchtet werden. Ferner sind im letzten Jahre an Verbesserungen und Verschönerungen eingeführt worden: (ausser elektrischer Beleuchtung) ein Turnplatz, neue heilgymnastische Apparate, Asphaltkegelbahn u. s. w.

Therapeutische Notizen.

(Die keimtödtende Wirkung des galvanischen Stromes) die Apostoli-Paris in Nr. 19 d. W. auf Grund seiner Versuche constatirte, wird von Prochownick und Spaeth in Hamburg (D. med. W. Nr. 26) bestätigt. Diese Autoren haben, gleichwie Apostoli, gefunden, dass dem positiven Pol eine bedeutende local antiseptische, direct coccentödtende Wirkung zukommt, während sie, von jenem abweichend, der Ansicht sind, dass jene Wirkung nicht nur von der Intensität, sondern auch von der Dauer der Einwirkung des Stromes abhängig sei. Die Erklärung der Wirkung finden die Verfasser, die als Medium bei ihren Versuchen eine physiologische Kochsalzlösung benützten, in dem Freiwerden von Chlor am Pol. Die Verfasser versprechen sich eine Verwerthbarkeit dieser Eigenschaft des elektrischen Stromes bei der Therapie des acuten Trippers, sowie bei der galvanischen Behandlung des Uterus, bei welcher demnach besonders die Anode zu verwenden sein wird.

Tagesgeschichtliche Notizen.

München, 1. Juli. Der Director des Reichsgesundheitsamtes Dr. C. Koehler in Berlin ist mit dem Verdienstorden vom hl. Michael II. Classe ausgezeichnet worden.

— Die von Dr. J. Rotter hier begründete chirurgische Privat-Heilanstalt wird nach dessen Berufung als dirigirender Arzt der chirurgischen Abtheilung des katholischen Krankenhauses in Berlin von Dr. Krecke, bisherigem Assistenten der chirurgischen Klinik in Erlangen, weitergeführt. Herr Dr. Krecke ist den hiesigen Collegen als Mitarbeiter unserer Wochenschrift bereits bestens bekannt.

— Der bekannte Augenarzt Dr. Hermann Pagenstecher in Wiesbaden wurde zum Professor ernannt.

— Am 21. Juni wurde der Grundstein für das Hauptgebäude des Kaiser- und Kaiserin Friedrich-Kinderkrankenhauses in Berlin in Anwesenheit Ihrer Majestät der Kaiserin Friedrich gelegt.

— Von deutschen Städten über 40,000 Einwohner hatte in der 24. Jahreswoche, vom 8.—14. Juni 1890, die geringste Sterblichkeit Kassel mit 12,0, die grösste Sterblichkeit Charlottenburg mit 46,9 Todesfällen pro Jahr und 1000 Einwohner.

— Die durch Krankheit in Noth gerathene Tochter eines im vor. Jahre verstorbenen bayerischen Arztes, die durch Anfertigung von Lampenschirmen, künstlichen Blumen, Makartbouquets u. dgl. ihren Lebensunterhalt zu erwerben gezwungen ist. hat uns ersucht, durch eine Anzeige in dieser Wochenschrift die Collegen auf ihre Erzeugnisse aufmerksam zu machen. Indem wir diesem Wunsche gerne entsprechen, verweisen wir bezüglich des Näheren auf den Inseratentheil dieser Nummer.

(Universitäts-Nachrichten.) Berlin. Prof. Jolly in Strassburg ist zum Nachfolger Westphal's auf den Lehrstuhl für Psychiatrie und Neuropathologie berufen worden. — Breslau. Dem Geh. Medicinalrath Prof. Dr. Fischer ist die nachgesuchte Entlassung von seinen amtlichen Verpflichtungen unter Belassung seines Gehalts gewährt worden. Zugleich ist demselben der Rothe Adler-Orden III. Cl. mit der Schleife verliehen worden. Prof. Dr. Mikulicz in Königsberg hat den Ruf für den hierdurch erledigten Lehrstuhl der Chirurgie angenommen. — Göttingen. Prof. Hasse, der Nestor der deutschen Kliniker, ehemals Ordinarius an der medicinischen Facultät in Göttingen, feierte am 23. d. M. seinen 80. Geburtstag. — München. Die medicinische Facultät hat beschlossen, die für das Jahr 1889/90 gegebene Preisfrage: »Lässt sich eine Keratitis interstitialis experimentell erzeugen und wie verhält sich dieselbe?« für das Jahr 1890/91 wiederholt zu stellen. Ausserdem wird nachstehende neue Preisfrage gestellt: »Die Facultät wünscht erneute Versuche über die Grösse der Eiweisszersetzung im menschlichen Organismus bei möglichster Ruhe des Körpers sowie bei mittlerer und starker Muskelarbeit«. Die II. Section der philosophischen Facultät hat für das Jahr 1890/91 folgende neue Preisaufgabe gestellt: »Durch neuere Untersuchungen ist festgestellt worden, dass einige sogenannte individuelle und rassenhafte Eigenschaften des Menschen sich entwickelungsgeschichtlich als Hemmungs- oder Excessbildungen erklären. Es wird nun die Aufgabe gestellt, wenn möglich weitere Beweise für diese neugewonnene wissenschaftliche Anschauung beizubringen.« — Strassburg. In den letzten Wochen ist mit den Grundlegungsarbeiten für das zoologische Institut der Universität begonnen worden. Es ist dies die letzte der grossartig angelegten Anstalten, die sich in Strassburg theils um das Allgemeine Collegiengebäude, theils um das Bürgerhospital gruppiren, und in ihrer Gesammtheit die Kaiser-Wilhelms-Universität darstellen. Das mineralogisch-petrographische und das geologische Institut, die in einem einzigen Neubau vereinigt sind, sind bis auf die eigentliche innere Ausstattung fertiggestellt und werden wohl demnächst bezogen werden. Das ophthalmologische Institut ist noch im Bau begriffen. Es ist also die Zeit nicht mehr fern, wo die sämmtlichen stolzen Anstalten, durch deren Einrichtung die Strassburger Universität wohl alle übrigen überragt, vollendet sein werden.

Budapest. Der bisherige ausserordentliche Professor der Histologie an hiesiger Universität und ausserordentlicher öffentlicher Professor der Physiologie am Veterinärinstitut, Dr. Ludwig Thanhoffer, ist zum ausserordentlichen öffentlichen Professor der descriptiven und topographischen Anatomie an der Universität ernannt worden. — Constantinopel. Dr. Ismael Bessinn Effendi ist zum Professor der Anatomie ernannt worden. — St. Petersburg. Privatdocent Dr. Ratimow ist zum ordentlichen Professor der Chirurgie ernannt worden.

(Todesfall.) In Chicago ist Prof. H. T. Byeford, einer der bedeutendsten Gynäkologen Amerikas, gestorben.

Personalnachrichten.

(Bayern.)

Niedergelassen. Dr. Karl Hirschberger in München; Dr. Ortenau und Dr. Stobwasser in Bad Reichenhall; Dr. Georg Werner in Kindenheim, Dr. Gustav Ingenleth in Marxheim.

Verzogen. Dr. Ludwig Zottmann von München nach Amberg; Dr. Mendel von St. Ingbert nach Neustadt a./H.; Dr. Aug. Schneider von Ludwigshafen nach Heidelberg.

Gestorben. Dr. Franz Hessler, Bezirksarzt a. D., 91 Jahre alt, in München, ordentliches Mitglied der Akademie der Wissenschaften; Dr. Ludwig Ruidisch, Krankenhausarzt in Stadtamhof, 57 Jahre alt; Dr. Josef Fernsemer, Bahnarzt in Günzburg, 51 Jahre alt.

Morbiditätsstatistik d. Infectionskrankheiten für München

in der 25. Jahreswoche vom 15. bis 21. Juni 1890.

Betheil. Aerzte 300. — Brechdurchfall 50 (57*), Diphtherie, Croup 46 (53), Erysipelas 16 (20), Intermittens, Neuralgia interm. 3 (3), Kindbettfieber — (3), Meningitis cerebrospin. — (—), Morbilli 89 (62), Ophthalmo-Blennorrhoea neonatorum 4 (5), Parotitis epidemica 8 (7), Pneumonia crouposa 14 (18), Pyaemie, Septicaemie — (—), Rheumatismus art. ac. 22 (24), Ruhr (dysenteria) 1 (1), Scarlatina 15 (24), Tussis convulsiva 27 (29), Typhus abdominalis 3 (1), Varicellen 18 (10), Variola, Variolois — (—). Summa 316 (317). Dr. Aub, k. Bezirksarzt

Uebersicht der Sterbfälle in München

während der 25. Jahreswoche vom 15. bis incl. 21. Juni 1890.

Bevölkerungszahl 298,000.

Todesursachen: Pocken — (—*), Masern 3 (2), Scharlach 5 (3), Rothlauf — (—), Diphtherie und Croup 6 (11), Keuchhusten 1 (5), Unterleibstyphus — (—), Brechdurchfall 10 (8), Kindbettfieber — (—), Croupöse Lungenentzündung 1 (1), Genickkrampf — (—), Blutvergiftung — (—), Acut. Gelenkrheumatismus 1 (—), andere übertragbare Krankheiten — (—).

Die Gesammtzahl der Sterbefälle 175 (173), der Tagesdurchschnitt 25.0 (24.7). Verhältnisszahl auf das Jahr und 1000 Einwohner im Allgemeinen 30.5 (30.2), für die über dem 1. Lebensjahre stehende Bevölkerung 16.9 (19.7), für die über dem 5. Lebensjahre stehende 15.2 (17.5).

*) Die eingeklammerten Zahlen bedeuten die Fälle der Vorwoche.

Generalrapport von den Kranken der kgl. bayer. Armee für den Monat Mai 1890.

1) Bestand am 30. April 1890: 2058 Mann und 11 Invaliden,

2) Zugang: im Lazaret 1132 Mann und 1 Invalide, im Revier 3387 Mann und 1 Invalide. Summa 4519 Mann und 2 Invaliden. Mithin Summe des Bestandes und Zuganges: 6577 Mann und 13 Invaliden, in Procenten der Effectivstärke: 12,1 Proc. und 11,7 Proc.

3) Abgang: geheilt 4716 Mann, 2 Invaliden, gestorben 11 Mann, 1 Invalid, invalide 40 Mann, dienstunbrauchbar 120 Mann, anderweitig 90 Mann, 1 Invalide.

4) Hiernach sind geheilt 71,7 Proc. der Kranken der Armee und 15,4 Proc. der erkrankten Invaliden; gestorben 0,16 Proc. der Kranken der Armee und 7,7 Proc. der erkrankten Invaliden.

5) Mithin Bestand am 31. Mai 1890: 1600 Mann und 9 Invaliden, in Procenten der Effectivstärke 2,1 Proc. und 8,1 Proc. Von diesem Krankenstande befanden sich im Lazareth 1074 Mann und 3 Invaliden, im Revier 526 Mann und 6 Invaliden.

Von den Gestorbenen der activen Truppen haben gelitten an: bösartigen Geschwülsten 1, Hirnhautentzündung 2, Lungenentzündung 2, chronischer Lungenschwindsucht 3, Bauchfellentzündung 2, Brustfellentzündung 2, Magenkrebs 1. Von den Invaliden an: Lungenlähmung 1. Mit Hinzurechnung der nicht in militärärztlicher Behandlung Verstorbenen sind in der Armee im Ganzen noch 8 Todesfälle vorgekommen, davon 0 durch Krankheiten, 1 durch Verunglückung, 7 durch Selbstmord, so dass die Armee im Ganzen 20 Mann durch Tod verloren hat.

Literatur.

(Der Redaction zur Recension eingegangen.)

Arnold, Dr. Carl, Kurze Anleitung zur qualitat.-chemischen Analyse. 3. Aufl. cart. Hannover 1890. 2 M. 40 pf.

Cornet, Dr. G., Ueber Tuberculose. Leipzig 1890. 4 M.

Gerhardt, Dr. C., Lehrbuch der Auscultation und Percussion 5. verm. Aufl. Tübingen 1890. 7 M.

Kollmann, Dr. Oscar, Die Behandlung des Knochenfrasses auf nicht operativem Wege. 2. verb. und verm. Aufl. Neuwied 1890. 2. M.

Kunze, Dr. C. F. und Schilling Dr. Fr., Handbuch der speciellen Therapie. Stuttgart 1890. 12 M.

Leppmann Dr. A., Die Sachverständigen-Thätigkeit bei Seelenstörungen. Berlin 1890 geb. 11 M.

Luigi-Luciani, O.-Oe. Prof. d. Physiol. i. Florenz. Das Hungern, Studien und Experimente am Menschen. Hamburg 1890. 6 M.

Dermatologische Studien. II. Reihe. Heft 4. Enthalt. Geyl Dr., Beobachtungen über Hypertrichose. Hamburg 1890. 2 M.

Szadek Dr. Carl, Index bibliographicus dermatologiae I. Jahrg. Hamburg 1890.

Vogel, Prof. Dr. Alfr., Lehrbuch der Kinderkrankheiten. 10. Aufl. Neu bearbeitet von Dr. Ph. Biedert 1890. M. 14.

Verlag von Jos. Ant. Finsterlin in München. — Druck der Akademischen Buchdruckerei von F. Straub in München.